FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 3

LA LÈPRE

ET

SES MODES DE PROPAGATION A LA GUYANE FRANÇAISE

« Le lépreux ne doit pas être un objet d'horreur, il doit inspirer la pitié et le dévoûment. »
Dr H. LELOIR.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 NOVEMBRE 1887

PAR

Paul-Louis SIMOND

MÉDECIN DE LA MARINE
ANCIEN PRÉPARATEUR D'HISTOIRE NATURELLE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX
EX-DIRECTEUR DE LA LÉPROSERIE DE LA GUYANE

Né à Beaufort (Drôme), le 30 juillet 1858.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GUILLAUD,	professeur,	*président.*
MORACHE,	professeur,	*juges.*
ARNOZAN,	agrégé,	*juges.*
FERRÉ,	agrégé,	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1887

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 3

LA LÈPRE

ET

SES MODES DE PROPAGATION A LA GUYANE FRANÇAISE

« Le lépreux ne doit pas être un objet d'horreur, il doit inspirer la pitié et le dévoûment. » Dr H. LELOIR.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 5 NOVEMBRE 1887

PAR

Paul-Louis SIMOND

MÉDECIN DE LA MARINE
ANCIEN PRÉPARATEUR D'HISTOIRE NATURELLE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX
EX-DIRECTEUR DE LA LÉPROSERIE DE LA GUYANE

Né à Beaufort (Drôme), le 30 juillet 1858.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GUILLAUD,	professeur,	*président.*
MORACHE,	professeur,	*juges.*
ARNOZAN,	agrégé,	
FERRÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médica

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
Accouchements	DENUCÉ.
	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enfants. N. | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON ONCLE

MONSIEUR LE PASTEUR KISSEL

Directeur de l'École théologique de Tournon.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0059

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUD

Professeur d'Histoire naturelle à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

Professeur agrégé.

A MON EXCELLENT AMI LE DOCTEUR HAMON

Médecin de 2e classe de la Marine.

AVANT-PROPOS

Chargé, pendant les dernières années d'un long séjour à la Guyane, du service médical de la léproserie, nous nous sommes intéressé d'une façon spéciale aux ravages que la Lèpre exerce sur la population de cette colonie. Au moment où l'attention médicale, réveillée par les importantes recherches de M. le professeur Leloir, se fixe sur une maladie que l'on s'était habitué à considérer comme presque disparue du monde, il nous a paru qu'il pourrait y avoir quelque utilité à faire connaître dans notre thèse inaugurale la situation actuelle de la Guyane vis-à-vis de la Lèpre.

Notre incompétence en matière de dermatologie ne nous autorisait point à discuter les problèmes pathologiques que soulèvent les multiples accidents caractéristiques de cette affection. Aussi nous nous sommes attaché à exposer simplement les faits d'observation clinique, laissant de côté le processus pathogénique de chaque lésion.

Par la variété des éléments qui composent sa population et l'inégale distribution de la maladie dans les quartiers habités, la Guyane nous a semblé un terrain essentiellement favorable aux recherches étiologiques. Celles-ci nous ont imposé la description un peu longue du milieu géographique et ethnique, description qui fait l'objet de notre chapitre premier.

Depuis la découverte par Hansen du bacille de la Lèpre, les travaux sur ce point essentiel d'anatomie pathologique ont été poursuivis avec activité dans la plupart des foyers de la maladie et n'ont pas peu contribué à la révolution des opinions à l'égard

de sa propagation. Nous avons le vif regret de n'avoir pu donner à cet élément spécifique la place qu'il devrait occuper dans notre étude étiologique. La pénurie instrumentale et bibliographique, cette éternelle entrave aux recherches médicales opérées dans nos colonies, nous a condamné à une complète inaction relativement au bacille de Hansen. C'est à Bordeaux seulement, à la veille de soumettre ce travail à l'appréciation de nos juges, que la bienveillante complaisance de M. le professeur Arnozan nous a permis de constater *de visu* la présence du bacille dans les néoplasies lépreuses.

Que nos maîtres de la Faculté de Bordeaux veuillent bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour les hauts enseignements que nous avons reçus et l'accueil bienveillant que nous avons toujours rencontré auprès de chacun d'eux.

Nos excellents amis et collègues, MM. les D[rs] Rangé et Hamon, nous ont fourni pendant notre séjour à Cayenne des notes précieuses relatives à notre travail. Ils ont droit à toute notre gratitude.

LA LÈPRE

ET

SES MODES DE PROPAGATION A LA GUYANE FRANÇAISE

« Le Lépreux ne doit pas être un objet d'horreur, il doit inspirer la pitié et le dévoûment .»

Dr H. Leloir.

CHAPITRE I

DESCRIPTION PHYSIQUE ET NATURELLE DE LA GUYANE.

CONSTITUTION MÉDICALE. — ETHNOLOGIE.

Entre les embouchures des grands fleuves Maroni et Oyapock s'étend, sur une longueur d'environ 270 milles, la côte de la Guyane française. Cette côte baignée par l'Atlantique a une direction générale S.-E., N.-O.; elle est basse, marécageuse, bordée d'un rideau de palétuviers que dominent cà et là quelques hauteurs isolées. Toute la partie connue de notre colonie est comprise dans un triangle, inscrit entre les 2° et 6° de latitude N. et les 52° et 57° de longitude O., dont l'Océan formerait la base et les fleuves Oyapock et Maroni, nés du même contrefort des monts Tumuc-Humac, les côtés.

Cette étendue nous apparaît comme une vaste forêt vierge sillonnée de nombreux cours d'eau et interrompue aux approches

de la côte par un ruban de terres basses, les savanes, parallèle et contigu au rivage de l'Océan.

Le sol est très montagneux : Des chaînes de collines dont l'altitude ne dépasse guère deux à trois cents mètres, séparent les fleuves en s'abaissant insensiblement vers la région côtière jusqu'à n'y être plus représentées que par de petits massifs isolés. Sur un squelette dioritique repose une puissante couche d'argile ferrugineuse où affleurent des conglomérats de quartz disséminés dans toute l'écorce de la région. Ces quartz ne paraissent pas disposés en filons, mais plutôt en masses distinctes de l'assise primitive de diorite et comme noyées dans la roche argileuse. Les recherches entreprises à ce sujet par l'industrie aurifère n'ont pas donné encore de résultats concluants ; jusqu'à ce jour les conglomérats de quartz aurifère mis à découvert n'ont pu être poursuivis dans une roche vive encaissante. Les micachistes abondent en quelques points et parfois le gneiss est associé à la roche quartzeuse.

De distance en distance le cours des fleuves est coupé par des accumulations de blocs de diorite, disposés en bancs perpendiculaires à sa direction, sur une étendue qui atteint souvent plus d'un kilomètre. Il semble que des soulèvements successifs aient dénivelé régulièrement des lits déjà creusés. Ces barres rocheuses déterminent de longs bassins superposés comme des écluses et communiquant par des rapides vulgairement appelés sauts. Tous les grands cours d'eau présentent cette physionomie et les difficultés qui en résultent pour la navigation n'ont pas peu contribué à empêcher jusqu'à ce jour les études géographiques d'aboutir : pour toute la région intérieure, la carte physique de la Guyane est encore à faire.

Les terres basses de la côte ont une origine mixte : d'une part leur formation a été fluviale par dépôts alluvionnaires à l'embouchure des fleuves, mais pour la plus grande partie elle est marine et due à l'abandon de bancs de vase par l'océan. Il existe effecti-

vement un courant maritime parallèle à la côte se dirigeant du S.-E. au N.-O.; courant violent qui entraîne continuellement les vases déversées en quantité énorme par le gigantesque fleuve des Amazones à son embouchure, les dépose en bancs sur son parcours et modifie ainsi d'une façon permanente les fonds de ces parages. Les pérégrinations de ces bancs de vase ont été très bien étudiées par M. le commandant Boyer sur la côte guyanaise : on les voit se déplacer d'une façon progressive sous l'influence du courant, suivre tout le rivage de la Guyane en quelques années, bientôt remplacés par d'autres dus à la même origine. Diverses causes tendent à fixer une partie des bancs sur les côtes qu'ils parcourent, ce sont : d'abord la configuration du littoral dont les enfoncements, baies ou golfes, retiennent facilement la vase; en ces points le courant est brisé et ne peut l'entraîner sans l'aide des ras-de-marée. En second lieu la végétation, le plus puissant auxiliaire de cette néo-formation : pour peu qu'un banc séjourne plusieurs années en un même point, ce qui se produit toujours pour sa partie moyenne, on voit surgir, sur l'étendue contigüe au rivage que le flot laisse à découvert pendant la marée basse, une forêt de palétuviers. Cet arbre déjà remarquable par la multiplicité de ses modes de reproduction (le palétuvier, *rizophora mangle*, se reproduit à la fois par des graines, des bulbilles et par un marcottage naturel), ne l'est pas moins par la rapidité de sa croissance; en quatre années il atteint une hauteur de dix à douze mètres et émet assez de racines adventives entrelacées, pour rendre inaccessible à l'homme la surface envahie. La mer charrie et dépose constamment sur ses rives des bulbilles, bourgeons reproducteurs qui sitôt abandonnés sur une couche de vase salée émettent des radicules et se fixent. Leur vitalité prodigieuse explique la rapidité d'évolution des forêts de palétuviers, dans les circonstances que nous indiquons. Nous avons eu la bonne fortune d'assister à l'évolution d'une de ces forêts qui, en l'espace de trois ans.

couvert sur une largeur de cent mètres un banc de vase étendu de six kilomètres. Fréquemment l'existence de ces forêts côtières est aussi éphémère qu'a été rapide leur apparition. Le banc de vase continue sa route par ses parties les plus avancées en mer; par suite de cette progression le flot revient battre le littoral, déchausse les arbres, les abat et les entraîne avec leur terrain de végétation, accumulant le sable à la place où ils se dressaient gigantesques. Mais si des circonstances accidentelles ont entravé le travail destructeur des eaux, qu'un caprice de la mer ait constitué un banc de sable en aval de notre forêt naissante, celle-ci va littoraliser définitivement l'étendue qu'elle occupe. De nouveaux bancs de vase viendront s'appuyer sur le banc de sable et par une végétation nouvelle constituer une barrière solide entre l'océan et la partie annexée. Et sitôt que l'eau salée ne baignera plus le pied des palétuviers, ces marins de tempérament vont disparaître pour céder le pas aux cypéracées, aux joncées et aux graminées; la forêt aura fait place à la savane.

Tel a été, nous paraît-il, et tel est encore le mode de formation des savanes, quelquefois formées de dépôts alluvionnaires fluviaux et se terminant dans le voisinage de l'embouchure des fleuves, le plus souvent conquises sur l'Océan et limitées alors de son côté soit par des bancs de sable parallèles, soit par les forêts de palétuviers qui lui font une bordure. Leur origine nous explique comment les savanes se rencontrent seulement sur la côte et pourquoi, leur niveau ne différant pas de celui de la mer et grâce à l'imperméabilité du sol, elles forment des cuvettes qui retiennent les eaux pluviales jusqu'à leur complète évaporation par le soleil torride de l'été. Quelques-unes, dites pripris, où l'eau de mer pénètre à marée haute, ne se dessèchent jamais.

Nulle part plus qu'en Guyane la végétation n'est robuste et vivace. Sous un climat uniformément chaud et humide, le végétal exige peu du sol et puise dans l'atmosphère saturée d'humidité, de

lumière et de chaleur, la majeure partie de son alimentation. Les arbres poussent hauts et droits, luttant de rapidité d'accroissement pour se faire leur place au soleil au milieu de leurs aînés. Ni les enlacements des lianes, qui s'élançent vers leur sommet pour y étaler leur feuillage, ni les piqûres de nombreux parasites, ne peuvent entraver leur essor. C'est une lutte pour l'existence où toutes les espèces sont également victorieuses ; les conditions de vitalité ont été nivelées pour toutes par l'exceptionnelle uniformité du climat, aucune ne peut revendiquer pour elle seule le droit de cité. Côte à côte vivent les représentants des familles les plus dissemblables. L'immense forêt qui couvre la Guyane comprend, dispersés sans aucun ordre, à peu près tous les échantillons de la zone torride du Nouveau-Monde, elle offre partout au naturaliste la monotonie d'une infinie variété (1). Aux approches des côtes elle perd un peu de son caractère grandiose ; sans être rabougris, les arbres sont de plus modeste stature. La différence de constitution géologique, le voisinage de la mer et aussi la présence de l'homme ont concouru à ce résultat.

Le caractère de cette étude ne nous permet pas une description détaillée de la flore et de la faune guyanaises. Nous nous bornerons à citer les familles les plus intéressantes.

Dans la flore, les dicotylées corolliflores, épicorolliflores, cupuliflores et thalamiflores dominent. La plupart des arbres de la forêt appartiennent à ces classes.

Parmi les monocotylées, la famille des palmiers mérite une mention spéciale pour la multitude de ses variétés ; après elle viennent les aroïdées dont quelques espèces acquièrent un développement inaccoutumé, les orchidées dont l'histoire locale est encore à faire, les broméliacées le plus souvent parasites, les

---

(1) Le palétuvier et quelques palmiers sont les seules espèces croissant régulièrement en famille.

cypéracées, les joncées, les graminées, ces trois dernières familles constituant la végétation des savanes.

Les cryptogames, moins bien partagées que dans la zone tempérée, sauf pour les espèces microscopiques, sont surtout représentées par des fougères.

La médecine populaire attribue à la plupart des végétaux des propriétés merveilleuses. Parmi la foule des plantes en usage chez les créoles, quelques-unes ont des propriétés médicales et méritent d'être signalées :

Le Coutarea guyanensis (*Rubiacées*), le Zantoxylum clava herculis (*Rutacées*) ont des propriétés fébrifuges ; quelques espèces de Tapogomea (*Rubiacées*), le Violà itoubou (*Violinées*) sont employés comme vomitifs ; le Coumarouna odorata (*Légumineuses*), les racines du palmier Aouara, diverses variétés de Smilax (*Asparaginées*) sont considérés comme dépuratifs antiscrofuleux ; le Cassia alata (*Légumineuses*) est antiherpétique ; le Genipa (*Rubiacées*) donne quelques succès dans le traitement du pian.

Une synanthérée que nous croyons être le Guaco est fort en honneur contre les piqûres des serpents venimeux. L'écorce d'un grand arbre, le Tachini, dont nous n'avons pu déterminer la famille, fournit un suc très vénéneux auquel les Indiens ont recours pour toutes leurs maladies, ils l'emploient spécialement avec succès contre le rhumatisme articulaire.

La faune, malgré la multiplicité de ses genres et de ses espèces, diffère néanmoins à son désavantage de celle de l'Afrique et de l'Asie tropicales par la taille moindre des échantillons.

Les mammifères sont représentés par de nombreuses espèces de singes : le singe rouge hurleur (*Mycetes seniculus*), le Couata (*Ateles belzebuth*), le Saïmiri (*Chrysotrix sciurea*), le Sapajou (*Cebus capucinus*), le Tamarin (*Midas œdipus*), etc, etc.; des carnassiers, le Couguar (*Felis concolor*), le Jaguar (*Felis onca*), le Glouton (*Galictis vittata*) ; un jumenté, le Tapir (*Tapirus ameri-*

canus) ; des Ruminants, les *Cervus axis, C. paludosus, C. Aristotelis ;* des Suidés, le Pécari (*Dicotyles labiatus*), le Pathira (*Dicotyles torquatus*) ; des Rongeurs, le Cabiaï (*Hydrochaerus capybara*), le Pac (*Caelogenis paca*), l'Agouti (*Dasyprocta Aguti*), le Couendou (*Cercolabes prehensilis*) ; des Cheiroptères parmi lesquels les Vampires (*Phyllostoma et Vampyrus*), dangereux pour l'homme et les animaux domestiques ; un Sirénide d'eau douce, l'*Otaria jubata* devenu fort rare.

Les oiseaux sont innombrables et remarquables par la beauté de leur plumage.

Les reptiles sont abondamment représentés, les Crocodiliens par les Caïmans, les Chéloniens par des tortues de terre et de mer, les Serpents par des espèces très venimeuses, bothrops, crotale, trigonocéphale, et des colubridés gigantesques, les onectes et les boas.

Les Batraciens ont rencontré dans cette contrée marécageuse le milieu le plus favorable à leur développement, ils s'y sont multipliés d'une façon prodigieuse.

La Guyane est aussi le pays des insectes. Parmi les Diptères l'homme compte de cruels ennemis : la Lucilie est connue par les ravages de ses larves ; celles d'un Oestre, désignées sous le nom de vers macaques, pénètrent profondément dans les chairs et produisent des abcès très douloureux ; enfin les moustiques sont répandus en abondance dans toute la région côtière. Quelques arachnides sont très redoutées à cause de leurs piqûres.

On ne distngue à la Guyane que deux saisons, celle des pluies et celle de la sécheresse. La première commence en octobre et finit en juin, toutefois elle est interrompue par une période de beau temps de trente à quarante jours en mars et avril. Il y a donc en réalité deux saisons sèches correspondant aux passages du soleil au zénith en mars et en septembre. Les mois très pluvieux sont ceux de décembre, janvier, février, mai et juin. La quantité d'eau

tombée annuellement est très considérable, elle varie entre trois et quatre mètres; aussi les essais hygrométriques dénotent-ils une atmosphère saturée d'humidité durant huit mois de l'année et à un point voisin de la saturation pendant la saison sèche. L'évaporation constante que révèle cet état atmosphérique, en absorbant la chaleur solaire, maintient la constance de la température. Le thermomètre sur la côte indique de 27° à 30° pendant le jour et de 25° à 28° pendant la nuit. Au fort de la saison chaude seulement la température peut dépasser 30°. Dans l'intérieur, le refroidissement nocturne est plus accentué : sur le placer Dieu-Merci, M. l'Ingénieur Moufflet a vu le thermomètre s'abaisser à 17° et même à 16° vers le milieu de la nuit, et dans leurs villages, les Indiens entretiennent du feu sous leurs hamacs autant pour se réchauffer que pour éloigner les insectes.

La direction générale des vents est E. avec des oscillations au nord et au sud. Les brises de N. E. se maintiennent pendant la saison pluvieuse, celles de S. E. règnent de juin à décembre.

Les données physiques qui précèdent laissent prévoir quelles influences morbides l'espèce humaine subira dans ce milieu. Le paludisme y domine toute la pathologie, il sévit sous toutes ses formes, atteint également chacune des races représentées à la Guyane et exerce son empire sur toute l'étendue de la contrée. Si les marécages sont géographiquement limités aux parties basses, savanes et pripris, les bois, d'autre part, avec leur dôme perpétuel d'épais feuillage qui intercepte la lumière et le vent, conservent les émanations d'un sol formé de détritus végétaux et présentent les conditions les plus favorables à la multiplication des micro-organismes qui apparaissent comme l'élément causal des affections malariennes. Dès que l'homme vient à séjourner dans ce milieu ou qu'il remue cet humus infiltré de germes pernicieux, il éprouve les effets du paludisme.

L'humidité continue jointe à la chaleur favorise encore le déve-

loppement des affections des voies respiratoires; elles affectent rarement ici la forme franchement aiguë qui s'observe *a frigore* sous d'autres climats, mais prennent des allures insidieuses et deviennent facilement chroniques; les broncho-pneumonies, les bronchites catarrhales s'observent fréquemment; la tuberculose adopte une marche plus rapide et devient plus sûrement fatale chez les sujets prédisposés. Les abcès du foie sont moins fréquents qu'aux Antilles, mais presque toujours multiloculaires. Enfin les maladies de la peau semblent avoir trouvé à la Guyane leur terrain le plus propice; nulle part peut-être elles ne sont plus nombreuses et plus rebelles.

En résumé, l'action du milieu sur l'homme est double, d'une part il anémie l'organisme, lui enlève ses forces de résistance et le prédispose à subir l'action de tous les agents morbigènes; d'autre part il réunit toutes les conditions propres à favoriser la multiplication de ces agents.

Chose remarquable et qui semble en contradiction avec ce que nous venons de dire, sous ce climat où les tissus vivants suppurent avec tant de facilité, où les plaies en apparence les plus bénignes peuvent aboutir à la formation d'abcès ou d'ulcères, les grandes opérations sont rarement suivies d'accidents infectieux, elles donnent une proportion étonnante de succès. Ce fait a été observé par la plupart de nos collègues chargés du service des hôpitaux; en maintes circonstances nous avons pu aussi le constater.

Toutes les races humaines ont à la Guyane des représentants. Il nous faudrait faire l'histoire de la colonie pour indiquer toutes les causes qui ont occasionné un tel mélange d'une population qui, dans sa totalité, n'excède pas 25,000 habitants.

La race nègre occupe par le nombre le premier rang; 17,000 individus de couleur peuplent Cayenne et les villages de la côte. En outre, diverses tribus comptent 2 à 3,000 noirs dans le bassin

du Haut-Maroni; ce sont les nègres Boschs (nègres des bois) descendants d'esclaves évadés de Surinam vers la fin du 17e siècle et reconnus indépendants par la Hollande depuis 1776.

L'élément européen comprend 300 créoles libres auxquels il faut ajouter 500 hommes de troupe, 200 fonctionnaires, 600 transportés en cours de peine et autant de libérés. En tout, 2,000 blancs.

La race Sémitique est représentée par 2 à 3,000 transportés arabes originaires d'Algérie.

La race Indoue, introduite par l'immigration coolie, la race Mongole, représentée par des Annamites et des Cochinchinois déportés ou immigrants, réunissent un millier de sujets.

Les Indiens peaux-rouges constituent la portion autochtone de la population. Leurs tribus principales sont celles des : 1° Galibis, installés près des fleuves Sinamari, Iracoubo, Mana, Maroni, généralement à 30 ou 40 kilomètres en amont des villages de noirs ; 2° Oyampis, dispersés sur les sources de l'Oyapock ; 3° Emerillons, au sommet du bassin de l'Approuague ; 4° Roucouyennes ; 5° Oyacoulets ; ces deux importantes tribus occupent les bassins des principales branches d'origine du Maroni. Ces peuplades peu denses (le Dr Crevaux estime à 2,000 le nombre des Indiens) ont les mœurs douces et hospitalières, à l'exception cependant des Oyacoulets ; ceux-ci, soit pour avoir conservé la tradition de l'invasion européenne qui fut si bien pour eux l'invasion des barbares, soit pour avoir été inquiétés par le voisinage des nègres Boschs, vivent retirés dans leurs grands bois sans relations aucunes et ont seuls conservé l'usage du curare pour empêcher tout étranger de violer leur territoire. L'Indien, tel que nous l'avons observé dans les districts Galibis, est de petite taille, robuste et adroit ; il a les sens de l'ouïe, de la vue et de l'odorat très délicats, qualité héréditaire que nous avons observée même sur les jeunes enfants ; il est essentiellement pratique, dès l'en-

fance les objets utiles seuls peuvent le tenter. Son caractère indépendant sans fierté demeure réfractaire à notre civilisation, à nos coutumes, à notre religion ; si l'appât des liqueurs fortes peut le déterminer à laisser baptiser ses enfants, les missionnaires n'ont pas à citer la conversion d'un seul adulte. L'alcoolisme, voilà tout ce qu'ils ont retenu de notre voisinage et de nos tentatives inopportunes de civilisation. Les recherches auxquelles nous nous sommes livré à Mana nous permettent d'affirmer qu'on a ainsi amené une race laborieuse, de mœurs policées et inoffensives, à un état de dégénérescence prélude de sa prochaine disparition. Près du fleuve s'élevait il y a un siècle un village populeux très florissant sur lequel un doyen (Tamouchi) exerçait une autorité comparable à celle d'un juge plutôt qu'à celle d'un souverain. Les lois pour n'être point écrites n'en étaient pas moins inviolées ; ils pratiquaient la monogamie à l'inverse des nègres Boschs, les unions consanguines étaient interdites, le mariage avait lieu solennellement peu après l'époque de la puberté, enfin le divorce était la peine appliquée à l'infidélité conjugale. Les travaux étaient logiquement distribués entre l'un et l'autre sexe : l'homme faisait la pêche, la chasse et abattait les arbres pour mettre de petites étendues de terrain en culture ; la femme était chargée de la récolte, de la préparation des aliments, de la confection des poteries, des pagaras (paniers) et de quelques étoffes de coton. Aujourd'hui la maigre population, où domine le sexe féminin, qui occupe les carbets disséminés sur les rives du fleuve, est en pleine déchéance. Quand la saison est favorable à la pêche ou à la chasse, la tribu entière se rend au bourg de Mana pour y vendre les produits de son industrie, souvent pour en être dépouillée à l'arrivée par les habitants. L'argent obtenu est aussitôt dépensé en tafia et après une débauche dégradante la tribu regagne son village, pour y vivre misérablement jusqu'à une nouvelle occasion. C'est là l'histoire de toutes celles de ces peuplades qui ont subi

les approches de la population créole ; les noirs, non contents d'exploiter d'une façon cynique le penchant invétéré de l'Indien pour l'alcool, le soumettent encore chez lui à des vexations qui le déterminent non à se défendre, mais à émigrer. Quelques tribus de l'intérieur, grâce à l'éloignement, ont encore pu conserver leur autonomie et leur originalité ; les proportions prises depuis quelques années par la recherche de l'or ne permettent pas d'espérer que l'époque de leur décadence soit longtemps reculée.

Au point de vue de sa distribution territoriale nous devons diviser cette réunion d'éléments ethniques cosmopolites en trois groupes : 1° La population créole, européens, noirs, mulâtres, coolies et chinois, établie sur le littoral depuis Mana jusqu'à l'Oyapock. 2° La population transportée européenne et arabe, confinée dans les limites pénitentiaires au Maroni, aux Iles du Salut et dans les pénitenciers de Cayenne et de Kourou. 3° La population indienne et bosch dispersée dans la région intérieure et complètement isolée des précédentes.

Le genre de vie ne peut différer beaucoup dans les circonscriptions d'une contrée où les ressources alimentaires et les conditions climatériques sont partout sensiblement les mêmes. A part les établissements pénitentiaires et les confortables maisons à l'européenne de Cayenne, l'habitation, case pour le noir, carbet pour l'Indien, consiste en une cabane de treillis de branchages dressée sur le sol nu et couverte de feuilles de palmier. L'alimentation des noirs et des Indiens a pour base le manioc dont la farine est consommée sous forme de couac (farine grillée) ou de cassaves (galettes). Le poisson de mer et d'eau douce, très abondant, est d'un usage journalier soit à l'état frais, soit salé, soit boucané ; les Indiens emploient beaucoup ce dernier mode de conservation. Les noirs font une grande consommation de mauvais poissons de l'ordre des silures dits poissons à limon ; ils remplacent fréquemment le poisson indigène par le bacaliau, morue salée de qualité

très médiocre. Le gibier, abondant seulement en certaines saisons, ne tient qu'une place secondaire ; les ignames, les patates, les cucurbitacées sont les légumes les plus cultivés. Les Coolies et les Chinois remplacent le manioc par du riz, leur aliment de prédilection. Les Européens ont conservé la nourriture à l'européenne, seuls ils usent régulièrement de pain et de viande de boucherie.

Le vêtement des Indiens et des nègres Boschs consiste essentiellement en une pièce de toile passée entre les cuisses et retenue à une ceinture par dessus laquelle elle se rabat en s'étalant sur le ventre. Tout le reste de la population est vêtu dans l'acception du mot, chacun conservant à son vêtement la forme nationale. Le créole guyanais n'est point malpropre comme l'a fait supposer souvent son aspect négligé ; hommes et femmes se livrent à des ablutions journalières et se baignent très fréquemment. Le bain leur est moins une jouissance qu'une mesure de propreté, inspirée sans doute par l'odeur nauséabonde qu'exhale chez eux la sueur ; ils ne disent pas *aller se baigner,* mais *aller se laver*. Quant aux Indiens, l'eau est indispensable à leur bien-être, c'est aussi leur ressource thérapeutique la plus usuelle.

Le commerce, la pêche, la culture et l'industrie aurifère sont les seuls genres de travaux qui occupent la population créole. Les placers emploient la majeure partie des noirs adultes, des coolies, quelques chinois et un petit nombre de transportés libérés. La culture et la pêche constituent le fond des ressources des villages créoles et des tribus de l'intérieur ; enfin le commerce est surtout entre les mains des Européens et des Chinois. Le long séjour que nous avons fait au milieu de cette population cosmopolite nous a permis de nous convaincre que, de tous les éléments qui la composent, la race noire est à la fois la moins laborieuse et celle qui résiste le mieux aux influences morbides climatériques.

Tel est le milieu physique et ethnique qui a servi de champ à nos observations sur la Lèpre.

CHAPITRE II

TABLEAU DE LA LÈPRE A LA GUYANE — HISTORIQUE — SYMPTOMATOLOGIE — DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE

Les documents nous manquent pour déterminer l'époque précise à laquelle la Lèpre a fait son apparition à la Guyane française. Il est certain toutefois qu'elle n'y existait pas avant l'invasion de l'Amérique par les peuples de l'Europe. La race Indienne en est encore indemne partout où elle a conservé son autonomie en se tenant à l'écart des envahisseurs de son territoire ; ce n'est donc pas par son fait que la Lèpre s'est propagée dans les colonies du Nouveau-Monde. D'autre part, il n'est point admissible qu'elle ait été introduite à la Guyane par les colons originaires de contrées où, lors de leur émigration, cette maladie n'était plus connue. Reste l'importation des noirs de la côte d'Afrique. Cette origine a été admise par tous les auteurs : la commission médicale chargée d'une enquête en 1785 et Campet qui ont observé la Lèpre à Cayenne, Schilling et Nissœus qui l'ont étudiée à la Guyane hollandaise, s'expriment à cet égard d'une façon formelle et tous les auteurs venus après ceux-ci ont adopté leur manière de voir. Le témoignage sur ce point des Peaux-Rouges de la Guyane qui, comme toutes les peuplades où l'écriture est inconnue, conservent la tradition verbale des choses du passé, n'est pas sans quelque valeur. Ceux que nous avons interrogés sur ce sujet, les doyens des tribus Galibis du Maroni, de Mana et de Sinamari, nous ont fait en substance cette réponse : « La Lèpre n'est » pas un mal indien, c'est un mal nègre ». Il est de toute probabilité que l'introduction de la maladie coïncida avec la mise en

vigueur du régime esclavagiste dans la première moitié du XVII[e] siècle. En considérant qu'elle sévit depuis les temps les plus reculés de l'histoire sur la côte d'Afrique, que d'ailleurs le fait de l'importation d'esclaves contaminés à Cayenne a été confirmé par les mesures sévères prises à ce sujet contre les négriers, nous croyons qu'on ne saurait chercher ailleurs que dans la traite la cause première de l'existence de la Lèpre à la Guyane française.

Déjà en 1718, pour sauvegarder les colons contre les fraudes des marchands d'esclaves, dont une consistait à peindre les macules spécifiques pour dissimuler à l'acheteur l'état morbide du sujet mis en vente, un article du Code noir annule la vente de l'esclave lépreux. L'extension du fléau détermina plus tard le gouvernement à créer une léproserie que nous trouvons installée au commencement de ce siècle à l'Ilet-la-Mère. Elle comptait alors 50 pensionnaires, nombre relativement considérable puisqu'en 1822 la population de la Guyane s'élevait au chiffre de 17442 individus, esclaves compris, lesquels, seuls susceptibles d'être internés, ne formaient pas la moitié de ce contingent. Une commission médicale était chargée de visiter périodiquement les habitations et d'envoyer d'office à la léproserie tout esclave présentant des symptômes suspects, tant était prédominante à cette époque l'opinion contagioniste. Néanmoins ces sages mesures ne furent jamais ponctuellement observées : Bergeron rapporte qu'en 1823 il y avait 60 lépreux à la léproserie transférée de l'Ilet-la-Mère à l'Ile-Royale, mais qu'un nombre bien plus considérable souillait la population tant de Cayenne que des quartiers à cause de l'inobservation des règlements. Aussi, voyons-nous la plupart des gouverneurs qui se succèdent dans la colonie s'efforcer de réagir par de nouveaux arrêtés contre l'obstination des propriétaires et des sujets malades.

D'autres causes viennent entraver l'action administrative.

L'émancipation des nègres en 1848 leur permet de se soustraire à l'examen médical; puis, à partir de 1852, la transportation chasse successivement la léproserie des îles du Salut à l'Acarouany, de l'Acarouany à la Montagne d'Argent où l'on manque d'eau, et, où la situation sur une pente rocailleuse ne permet pas aux malades de sortir de leurs carbets. Elle revient à l'Acarouany en 1869 pour s'y installer définitivement. Là elle occupe une situation parfaitement choisie, sur le sol argileux d'un vaste plateau que le déboisement met à l'abri des causes d'impaludisme inhérentes à la forêt et assez élevé pour être soumis à une aération suffisante. Mais son éloignement du chef-lieu où siège la commission chargée de statuer sur l'opportunité de l'envoi des malades, la désuétude où sont tombés les règlements qui, postérieurement à l'émancipation, prescrivaient l'isolement des lépreux à quelque catégorie qu'ils appartinssent, ont fait que depuis longtemps elle ne reçoit plus que les malades misérables obligés de solliciter un asile auprès de l'administration. Encore quelques-uns sont-ils mis en subsistance à l'hospice civil du camp Saint-Denis, et ceux provenant de la transportation, recueillis pour la plupart dans les hôpitaux pénitentiaires. Donc, si le nombre des pensionnaires de la léproserie est tombé du chiffre de 60 auquel il s'élevait encore il y a une quinzaine d'années à 18 que nous avons trouvés à l'Acarouany en 1883, n'en faut-il pas conclure que la maladie est en décroissance à la Guyane. Les faits que nous exposerons plus loin semblent bien plutôt prouver le contraire.

Les créoles emploient pour désigner indifféremment la Lèpre ou le lépreux le mot *Cocobé* (1) expression qui témoigne de la confusion par eux établie entre la lèpre vraie, l'éléphantiasis du scrotum et l'hydrocèle chronique si commun à Cayenne. Cependant ils distinguent, en l'appelant Gros Cocobé, la forme tuberculeuse du

(1) *Cocobé* signifie littéralement en idiome créole : *Testicule de bœuf.*

petit Cocobé qui s'adresse aux formes mutilante anesthésique, maculeuse et aux affections que nous venons de signaler.

Bien qu'il n'entre pas dans notre cadre de traiter le point de vue purement pathologique de la question, nous devons, pour présenter un tableau aussi complet que possible de la Lèpre à la Guyane, esquisser rapidement ses différentes modalités.

Les auteurs anciens, Dazille, Campet, Bergeron, soit qu'ils aient considéré les aspects différents sous lesquels se présentent les malades comme des phases successives de l'évolution lépreuse, soit qu'ils n'aient compris sous le nom de « Mal Rouge de Cayenne » qu'une variété de Lèpre, soit que les autres variétés aient échappé à leur observation, sont muets quant à cette pluralité de formes. Bajon et Campet insistent sur les taches anesthésiques qu'ils présentent comme la caractéristique de la maladie. Bergeron, après avoir affirmé que la tache rouge est la manifestation initiale constante, donne de l'évolution de la Lèpre, divisée en trois périodes, une description un peu confuse qui embrasse tous les accidents qu'on peut rencontrer dans les formes les mieux distinctes. Nous croyons pouvoir rattacher à deux types principaux les diverses manières d'être de la Lèpre que nous avons étudiées : ce sont la forme tuberculeuse et la forme mutilante ; nous ne voulons d'ailleurs préjuger en rien de leur unité pathologique. L'anesthésie complique les deux variétés, plus constante et plus étendue dans la mutilante, mais jamais nous n'avons vu la Lèpre tuberculeuse prendre les allures de la Lèpre anesthésique mutilante, ni cette dernière se compliquer de tubercules. Il serait peut-être juste de dire que les troubles nerveux caractérisés par l'anesthésie constituent un symptôme général constant dans les diverses formes, et, que les cas dits mixtes se rattachent à la forme tuberculeuse, dont ils ne diffèrent que par l'exagération de ces troubles qui lui sont propres. Ce serait, pensons-nous, une variété tuberculo-anesthésique.

Quoi qu'il en soit, le lépreux, à la Guyane, se reconnaît tantôt

aux tubercules qu'il porte surtout à la face et aux extrémités, tantôt à la mutilation des mains et des pieds; ce sont là les caractères les plus frappants. La forme tuberculeuse revêt des aspects différents chez le noir et chez le blanc. Chez le premier les tubercules sont saillants, gros, confluents, tout en restant distincts les uns des autres; hors de la face et des extrémités les lésions cutanées sont peu accentuées. Chez le blanc le tubercule se présente le plus souvent sous forme de nodosité intra-dermique et même quelquefois sous-dermique, étendue en plaque faisant une saillie légère à la surface de la peau. Les macules, l'anesthésie diffuse ou en plaques ont plus de tendance à se généraliser sur le tronc et les membres; l'ensemble symptomatologique répond assez bien généralement à la description de la variété mixte des auteurs et en particulier aux observations de cette variété recueillies par le savant professeur de la Faculté de Lille. Enfin, chez l'adulte au moins, l'évolution est plus rapide, la succession des accidents moins interrompue, la durée de la maladie plus courte : il semble que l'organisme réagisse moins que celui du noir et permette une généralisation plus prompte et plus facile du mal aboutissant à la cachexie, sa terminaison habituelle.

Nos recherches personnelles ne nous permettent point de considérer, à l'instar de Bajon et de Bergeron, la macule anesthésique comme le symptôme initial et pathognomonique de la Lèpre, quelque chose comme le chancre induré dans la syphilis. Toutefois, nous l'avouons en toute franchise, à l'époque où nos observations ont été recueillies, notre ignorance de tous les traités spéciaux à la Guyane a fait que nous n'avons peut-être pas assez insisté sur ce symptôme important. L'ayant observé sur des lépreux de toutes les catégories, mais seulement dans un petit nombre de cas, nous le considérions comme un accident secondaire nullement essentiel de la Lèpre. Nous avons même cru qu'il était exceptionnel chez les noirs alors que Bajon avance que « le mal

rouge a été ainsi nommé parce qu'il se déclare toujours par des taches rouges insensibles. » Il en donne plus loin une description rès nette; elles constituent, dit-il, un signe certain, « toutes les fois qu'elles ne seront point circonscrites, ni d'un rouge bien vif, qu'elles seront étendues et mêlées de taches jaunatres, qu'elles paraîtront aux environs du front, des oreilles, sur les mains, aux épaules, aux reins, aux cuisses, aux pieds, qu'elles seront anciennes et augmenteront toujours en largeur; enfin, le signe sur lequel on peut le plus compter, c'est l'insensibilité qui les accompagne. » Nous avons constaté l'existence de ces taches presque toujours sur les Européens affligés de Lèpre tuberculeuse, plus rarement chez les noirs, sans que jamais elles nous soient apparues comme le premier indice de la maladie. Récemment, dans un cas de Lèpre mixte appartenant au service de M. le Professeur Vergely à l'hôpital St-André et dont M. le Professeur Arnozan nous a fait une exposition clinique magistrale, le sujet, un marin qui avait contracté la Lèpre dans le cours de ses voyages aux Antilles et au Brésil, présentait avec une éruption tuberculeuse caractérisée des taches anesthésiques nombreuses qu'il ne reconnaissait nullement pour la manifestation primordiale de sa maladie. Cette question d'un haut intérêt nous semble mériter d'être soumise à une observation approfondie, de sa solution dépend un des arguments les plus puissants en faveur de l'unité des diverses formes de Lèpre dont la tache constituerait l'accident primitif.

Il est un symptôme qui nous paraît caractériser toujours chez l'Européen adulte le début de la Lèpre tuberculeuse : c'est l'aspect de la face, vultueuse et fortement bronzée, avec épaississement et induration de la peau du front. Celle-ci semble alors divisée en plusieurs bandes par des sillons profonds correspondant aux rides. L'hypertrophie du derme des oreilles, du nez, des lèvres, des extrémités, les tubercules, les taches se manifestent

plus tardivement. C'est seulement par l'apparition de ces derniers symptômes que le malade est mis au courant de son état, de là la difficulté d'obtenir de lui des renseignements précis sur la période prodromique de la Lèpre dans la plupart des cas.

Les lésions essentielles de la Lèpre sont toujours symétriques autant chez le blanc que pour les autres races, mais cette symétrie n'est pas parfaite, c'est-à-dire que si l'on ne voit pas les tubercules, l'anesthésie, les taches ou les mutilations se produire d'un seul côté, ils peuvent sur les parties symétriques du corps affecter des dispositions et occuper une étendue différentes. L'ulcère qui constitue une lésion fréquente mais non pathognomonique, témoignant de l'état dystrophique du tégument, est généralement localisé à un membre. A la période la plus avancée seulement, les placards tuberculeux ou les macules sont susceptibles de s'ulcérer symétriquement.

Suivant qu'elle frappe un enfant ou un adulte, la Lèpre suit dans son évolution une marche différente : l'enfant prédestiné à ses atteintes est anémique, souvent chétif avec une coloration terne de la face. S'il est en puissance d'une variété tuberculeuse ou tuberculo-anesthésique, il présente un épaississement de la peau des oreilles, du visage, de la face dorsale des mains, peu accentué; s'il est menacé de Lèpre mutilante, les membres sont grêles, le système musculaire peu développé, il est sujet à contracter des ulcères aux poignets et aux jambes. Dans l'un et l'autre cas le sujet offre un aspect spécial, dont un œil exercé peut seul saisir la signification bien avant l'apparition d'autres symptômes. Ce stade prodromique a une durée variable de plusieurs années. Entre la 10e et la 15e année ordinairement, une éruption de tubercules, de taches ou la disparition de la sensibilité en des points circonscrits, viennent éclairer le diagnostic. Mais alors même la marche ne prend pas une allure rapide, le mal progresse encore avec lenteur, d'une façon assez discrète pour que le malade

lui-même n'ait conscience de ses progrès qu'à des intervalles éloignés. La durée de la maladie peut être fort longue; la forme mutilante n'abrège même pas toujours l'existence surtout chez les noirs; nous avons observé une lépreuse noire entrée à la léproserie en 1846 qui accuse actuellement l'âge de 92 ans; une autre, entrée en 1853, jouit à l'âge de 68 ans d'une santé générale excellente bien que ses membres soient assez détériorés pour l'obliger depuis 15 années à marcher sur les genoux. Il n'en est pas de même des variétés tuberculeuses qui semblent aiguillonnées par l'époque de la puberté et dès lors progressent de manière à entraîner la mort en moins de 15 années. On voit rarement le lépreux tuberculeux depuis son enfance dépasser l'âge de 30 ans.

L'évolution de la Lèpre chez l'adulte est caractérisée par la succession plus rapide des accidents, principalement dans la forme tuberculeuse, aussi bien pour la race blanche que pour les autres.

Les auteurs divisent l'évolution de la Lèpre en trois périodes : 1° période prodromique ou d'invasion; 2° période d'état; 3° période de déclin. On voit par ce qui précède combien ces périodes peuvent varier dans leur symptomatologie et leur durée, suivant la race ou l'âge du sujet et la forme de l'affection.

Pour éviter d'être confus dans une description générale, nous exposerons séparément les formes que nous avons observées à la Guyane, en choisissant parmi nos observations les plus complètes un cas typique se rapportant à chacune d'elles.

OBSERVATION I

LÈPRE TUBERCULEUSE OBSERVÉE SUR UN NOIR ORIGINAIRE D'IRACOUBO

Le sujet F. H..., ne présente pas d'antécédents héréditaires certains. Il déclare avoir joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 34 ans et nous ne relevons dans ses antécédents personnels que le fait d'avoir habité, pendant

toute cette période de son existence, un bourg où la Lèpre est assez répandue.

En 1878, il a commencé à sentir ses forces diminuer avec son appétit, le travail au soleil lui était particulièrement pénible. Des accès de fièvre quotidiens l'ont obligé à cesser alors ses services sur un placer où il était engagé pour 6 mois comme ouvrier laveur d'or. Pendant une année l'état fébrile a persisté, puis la fièvre a été remplacée par des névralgies faciales nocturnes s'accompagnant d'une sensation de brulûre. La même sensation de brulûre s'est manifestée au niveau des avant-bras, des jambes et des pieds. Il ne se rappelle pas avoir présenté de taches rouges ni de plaques insensibles. Dès 1880, il a remarqué que ses mains, ses pieds et la région malléolaire devenaient le siège d'un gonflement douloureux et d'ulcères peu étendus qui se fermaient, sous la seule influence de soins de propreté et du repos, pour reparaître bientôt sur les parties voisines. Enfin un exanthème tuberculeux a envahi les oreilles, la face et les doigts. A cette manifestation seulement il a reconnu la nature de son affection et a fait alors une demande d'admission à la léproserie.

Nous recevons ce malade à l'Acarouany le 13 octobre 1883. C'est un homme d'apparence robuste bien qu'amaigri par les souffrances qu'il endure depuis quatre ans. Les ravages de la maladie se sont surtout exercés sur la face, les mains et les pieds. La peau du front est épaissie; le nez, les lèvres supérieure et inférieure au niveau de l'union de la peau avec la muqueuse, les deux oreilles, sont envahis par des tubercules serrés de la grosseur d'un pois chiche entre lesquels il existe parfois des fissures peu profondes, saignantes. La sensibilité est entièrement éteinte au niveau des tubercules, très obtuse dans la zone avoisinante. Des indurations, limitées dans l'épaisseur des joues, sont perceptibles à la palpation et font éprouver la sensation de petites tumeurs étalées dans la profondeur du derme auquel elles adhèrent, quelques-unes appartiennent à la muqueuse buccale ; leur dimension varie d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 2 francs. La muqueuse du nez est le siège de tubercules et d'ulcérations qui déterminent parfois des épistaxis légères. Les mains, surtout au niveau des doigts, sont gonflées et des tubercules disséminés sur la face dorsale des phalanges ; le gonflement rend tout travail manuel impossible, car, au moindre effort pour serrer un objet, des fissures s'ouvrent qui dégénèrent en ulcérations ; quelques cicatrices, faciles à constater par l'absence de pigment sur leur trace, indiquent qu'il s'en est produit maintes fois. L'aspect des membres infé-

rieurs se rapproche sensiblement de celui des supérieurs, toutefois les tubercules sont en plus petit nombre, généralement ulcérés par le fait de la marche ; la sensibilité de la plante des deux pieds est exagérée. Sur les autres parties du corps la peau paraît saine et n'offre pas de changements de coloration. Le malade éprouve des céphalés qui lui causent des insomnies fréquentes, il tousse et expectore abondamment des crachats muqueux, l'auscultation révèle seulement des râles de bronchite ; les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement.

A un an d'intervalle l'état de ce malade s'est aggravé au point que nous avons dû le retirer de la petite case qu'il habitait pour le placer à demeure à l'infirmerie : la marche lui est devenue impossible, l'éruption tuberculeuse ne s'est pas étendue mais une grande partie des tubercules sont ramollis et ulcérés. Avec la disparition de la bronchite a coïncidé l'apparition d'un vaste ulcère sur le côté externe de la jambe droite ; cet ulcère, fort douloureux et profond, puisqu'il a détruit les tendons des péroniers latéraux, empiète sur le pied de deux ou trois centimètres en avant et au dessous de la malléole externe et remonte jusqu'au tiers moyen de la jambe ; il fournit une suppuration sanieuse très abondante. La perte de l'appétit a provoqué un amaigrissement considérable, les nuits sont souvent marquées par de la fièvre.

Notre sujet, arrivé à la dernière période de la cachexie lépreuse, est mort en 1886. L'évolution de la Lèpre pour ce cas a donc été de sept années.

OBSERVATION II

LÈPRE TUBERCULO-ANESTHÉSIQUE OU MIXTE OBSERVÉE SUR UN EUROPÉEN TRANSPORTÉ LIBÉRÉ

P. C..., né à Paris en 1833 de parents français, lesquels n'ont jamais à sa connaissance éprouvé de maladie diathésique, est venu purger en Guyane une condamnation à cinq ans de travaux forcés. De 1861 à 1866 il a été employé dans les ateliers pénitentiaires des Iles du Salut et du Maroni ; il n'a pas une seule journée d'hôpital à son actif pendant cet intervalle. Libéré en février 1866, il est venu s'installer à Cayenne pour y exercer la profession de ferblantier ; il a alors habité pendant sept années dans le voisinage d'une famille dont la mère et deux enfants étaient atteints

de Lèpre et attribue lui-même l'origine de son mal à la fréquentation de ses voisins. Plus tard il entre au service d'un négociant comme garçon de magasin ; c'est pendant qu'il occupait cet emploi qu'il a ressenti les premières atteintes de la Lèpre. Au commencement de l'année 1880 il éprouve une intolérance marquée pour la chaleur solaire qui lui produisait, dit-il, une vive cuisson de la peau de la figure et des mains, ainsi que des migraines. Des douleurs ostéocopes se manifestent ensuite dans tous les membres, assez violentes pour causer de fréquentes insomnies; il ne croit pas qu'elles se soient accompagnées de fièvre. En septembre de la même année il remarque des taches cuivrées sur ses bras et sa poitrine, il s'aperçoit aussi que la peau du front devient couleur brique et se ride profondément, que ses pieds se dépouillent de leur épiderme et qu'il a de la difficulté à fermer les mains. Il fut à cette période éclairé sur son état par un médecin qui le fit entrer à l'hospice du camp Saint-Denis d'où il a été dirigé ensuite à la léproserie.

A l'époque où ce malade fut soumis à notre observation, il présentait des lésions à la face, aux avant-bras, aux mains, au scrotum, aux jambes et aux pieds. Sa face offre l'aspect léontiasique très accentué par suite de l'épaississement considérable de toute la peau de la région; elle est d'une pâleur remarquable. Le front, plus que chez le sujet précédent, est sillonné de rides profondes délimitant des étendues de peau indurée, sans élasticité, difficilement mobile sur le frontal; le nez très volumineux est lisse et luisant, la muqueuse nasale présente quelques ulcérations, probablement plus nombreuses à la partie profonde, qui ont déterminé un coryza chronique avec de l'ozène; les joues sont flasques et ridées, infiltrées de nodosités pour la plupart intra dermiques, mais dont quelques-unes sont mobiles entre la peau et la muqueuse; les oreilles ont le lobule hypertrophié et semé de petites plaques tuberculeuses, elles ont perdu toute sensibilité tandis que celle-ci s'est conservée, très obtuse il est vrai, sur toute l'étendue de la face en dehors des nodosités. Les poils de la barbe et des sourcils ont en grande partie disparu, ceux qui restent sont raides et cassants, par suite réduits à une faible longueur; les cheveux sont conservés, ils sont clairsemés mais non du fait de la Lèpre. Le tronc porte quelques taches cuivrées insensibles; ces taches, de forme irrégulièrement arrondies, sont mal circonscrites se confondant insensiblement vers leurs bords avec la peau saine, le centre en est parfois moins foncé que la partie moyenne; sur leur étendue les piqûres d'épingles ne déterminent aucune douleur à une pro-

fondeur de plusieurs millimètres ; autour d'elles la sensibilité reparaît graduellement pour redevenir intacte à une distance de 5 à 6 centimètres, mais entre deux taches rapprochées elle est nulle. L'œil ne distingue aucun relief au niveau de ces macules ; cependant, en promenant légèrement la pulpe du doigt sur l'étendue de la région qu'elles occupent, on perçoit leur présence, soit qu'il existe un léger relief, soit par suite d'une modification de l'épiderme à leur surface. La peau du tronc est mate, son épiderme se desquame finement par petites écailles et laisse suinter d'imperceptibles gouttelettes de sérosité ; l'examen à la loupe montre que cette transsudation se produit uniquement dans les points récemment desquamés. Il ne reste aucune trace de poils sauf au pubis où ils sont rares et courts.

Un ulcère indolent a envahi la peau du scrotum correspondant à la face externe et inférieure du testicule droit ; nous l'attribuons à la fonte des nodosités qui infiltrent le tégument scrotal et apparaissent sous forme de plaques saillantes à surface lisse d'une coloration lie de vin (1).

Les avant-bras sont le siège d'un gonflement non œdémateux qui, surtout au niveau des poignets, paraît intéresser non seulement la peau, mais aussi le tissu cellulaire sous-cutané ; la peau a perdu son élasticité et sa sensibilité jusqu'au voisinage du coude, on y trouve quelques nodosités profondément situées et mobiles. Le gonflement de la peau s'étend aux mains où elle est très tendue et comme veloutée ; la paume de la main et la pulpe des doigts présentent une desquamation furfuracée, il semble qu'elles aient touché de la farine, la sensibilité y est exagérée. Nous retrouvons le même phénomène de desquamation farineuse avec hyperesthésie à la région plantaire. Des ulcérations très superficielles siègent autour des ongles de plusieurs doigts et occasionnent une vive cuisson.

Aux cuisses il reste quelques traces des macules qui s'y sont manifestées antérieurement. Les pieds sont gonflés et lisses ; à la région plantaire, des ulcérations sont disséminées sur les bords et la pulpe des orteils, elles rendent la marche très pénible. Les jambes et la face dorsale des pieds ont conservé la sensibilité au contact, mais non à la douleur du moins superficiellement.

Ces manifestations cutanées accompagnent un état général fort mauvais. Le malade accuse de la dyspepsie et de la gastralgie, il passe par des

(1) Cet ulcère s'est cicatrisé pendant que le malade était soumis au traitement par l'hydrocotyle.

périodes alternatives de diarrhée et de constipation, il a la respiration constamment pénible et des crises d'asthme violentes pendant la nuit, il redoute la chaleur solaire. Dans le courant de l'année 1885 il a été atteint d'une kératite interstitielle double. Il est mort depuis notre départ de la Guyane, après six ans de maladie.

OBSERVATION III

LÈPRE ANESTHÉSIQUE MUTILANTE OBSERVÉE CHEZ UN NOIR

S., âgé de 50 ans, originaire de Cayenne, est entré à la léproserie en 1882. Ses antécédents héréditaires sont vagues; son père, dit-il, n'était pas cocobé, mais il avait des bobos aux pieds et aux bras (l'expression bobo en créole désigne tout espèce de mal peu étendu, l'ulcère spécialement); un de ses frères est mort lépreux; il ne connaît dans sa famille aucun autre membre atteint de la même maladie. Ses souvenirs ne lui permettent pas d'affirmer qu'il ait été lépreux dès l'enfance, mais à l'âge de 20 ans il portait des ulcères aux pieds et aux jambes. Dans la suite il a éprouvé de vives douleurs dans les doigts et les avant-bras avec des contractures des muscles fléchisseurs. A partir de cette époque, il a perdu peu à peu l'usage des mains. Il fait remonter à l'âge de 22 ans la série des accidents qui l'ont amené à l'état actuel.

Voici les phénomènes dont ses doigts et ses orteils ont été successivement le siège à des intervalles éloignés : un doigt se gonflait et devenait douloureux, la phalange extrême surtout occasionnait des douleurs lancinantes très vives, les nuits étaient marquées par des accès de fièvre, cet état persistait pendant une quinzaine de jours; un petit abcès était alors formé, dans la profondeur de la dernière phalange, qui ouvert donnait issue à une petite quantité de pus et beaucoup de sang. L'incision à ce moment ne provoquait aucune douleur; elle était faite par le malade au moyen d'un canif, et, au lieu de se fermer, persistait à l'état de fistule ou d'ulcération jusqu'à ce que l'os fût évacué soit d'un coup en entier, soit sous forme d'esquilles. Alors les chairs se mortifiaient et se détachaient par lambeaux; enfin, une cicatrice solide s'opérait qui constituait une pulpe terminale à la portion restante du doigt. C'est suivant ce mode qu'ont disparu la plupart des phalanges des doigts et des orteils. Sur les membres, dans le voisinage des extrémités, notre malade a remarqué des taches de

coloration vineuse qui ont duré plusieurs années. Il a constaté la disparition de la sensibilité de la peau des mains depuis fort longtemps.

A l'époque où nous prenons son observation, toutes les lésions sont limitées aux membres : les bras n'offrent de remarquable que la maigreur contrastant avec l'aspect vigoureux du sujet. Aux avant-bras, les muscles extenseurs et fléchisseurs sont frappés d'atrophie ; la peau est insensible et maculée dans le voisinage du poignet. La main gauche ne conserve d'intact que le pouce, tous les autres doigts sont décapités, les uns d'une phalange, les autres de deux ; l'index et le médius, représentés chacun par deux phalanges, sont recourbés en crochet. La main droite est encore plus avariée : il ne reste plus de traces de l'auriculaire, de l'annulaire et de l'index, le pouce et le médius ont conservé une phalange ; celle qui reste au médius est enflammée et douloureuse, présage de sa chute prochaine ; en l'incisant sur sa face palmaire, nous avons constaté que le bistouri ne provoquait de douleur qu'au contact de l'os. Cette anesthésie profonde se retrouve sur toute l'étendue de la main. Les deux jambes présentent un gonflement intéressant le derme et le tissu cellulaire sous-cutané qui rappelle l'éléphantiasis. A ce niveau la peau est insensible et la pigmentation noire plus prononcée. Sous la plante et sur le bord des pieds plusieurs fistules laissent pénétrer le stylet jusqu'à des cloaques, situés entre les métatarsiens et d'où s'écoule une abondante suppuration fétide ; c'est tout à fait l'aspect du mal perforant. Les orteils ont disparu. Bien qu'anesthésiée superficiellement, la région plantaire perçoit l'impression du sol sur lequel elle repose et le malade a la marche assurée. Son état général est satisfaisant. En dehors des poussées inflammatoires décrites plus haut, qui se reproduisent de loin en loin, il conserve un bon appétit, un sommeil régulier et n'est pas sujet aux accès de fièvre.

Sur d'autres malades atteints de la même forme de Lèpre, nous avons vu la mutilation suivre une marche différente : une fissure demi circulaire s'ouvre à la base de la phalange ou du doigt phlegmoneux qui se nécrose et tombe en entier. Souvent aussi la face, la lèvre inférieure surtout, présentent des paralysies avec anesthésie uni ou bi-latérales. Nous avons observé un seul cas de Lèpre anesthésique pure, sans mutilations ni tubercules.

Chaque forme de Lèpre ne frappe pas indifféremment les individus de races différentes, elles semblent au contraire affecter une

prédilection pour des races déterminées : Les noirs sont atteints par la forme anesthésique mutilante, les Européens par la forme tuberculo-anesthésique ou mixte et la forme tuberculeuse pure. Les coolies nous ont présenté surtout la forme tuberculeuse, les Chinois la forme anesthésique mutilante.

Voici le tableau d'observations recueillies à ce sujet à l'Acarouany, à Mana, à Iracoubo et à Cayenne :

NOMBRE DES CAS OBSERVÉS		FORME TUBERCULEUSE	FORME MIXTE	FORME Anesthésique mutilante
Européens	14	5	7	2
Arabes	1	»	1	»
Nègres	42	5	»	37
Mulâtres	10	1	6	3
Chinois	3	»	»	3
Coolies	4	3	1	»
	74	14	15	45

Quant à la proportion suivant laquelle les sexes sont frappés, nous trouvons une différence très grande en faveur du sexe masculin. Les 74 malades cités ci-dessus comprennent seulement :

1 européenne atteinte de Lèpre tuberculo-anesthésique,

8 négresses atteintes de Lèpre mutilante,

2 mulâtresses atteintes l'une de Lèpre mixte, l'autre de Lèpre mutilante.

En tout 11 femmes pour 63 hommes. Il est à remarquer qu'à la Guyane où il est encore plus répandu que la Lèpre, l'éléphantiasis frappe surtout l'élément féminin.

En jetant les yeux sur la carte de la Guyane, on voit qu'elle se divise relativement à l'habitat en deux régions distinctes : l'une intérieure, est habitée par les tribus aborigènes et sur la frontière hollandaise par les tribus nègres émancipées de la domination

hollandaise ; l'autre, côtière, est occupée par les villes et villages créoles, les petits districts Galibis et les pénitenciers. Les villages créoles et Cayenne, situés à l'embouchure des fleuves, sont habités par une population de couleur en grande majorité ; les Galibis qui ont leurs villages plus reculés mais à une faible distance des établissements créoles, se tiennent à l'écart de cette population. Enfin les pénitenciers renfermant des européens et des arabes sont ou isolés, par leur organisation disciplinaire, des centres près desquels on les a établis (Cayenne, Kourou), ou, comme au Maroni et aux îles du Salut, confinés dans des limites fermées au reste de la population.

La Lèpre est très inégalement répartie entre ces divers centres populeux : chez les Indiens, comme nous le disions au commencement de ce chapitre, elle n'existe pas ; nous nous sommes livré à ce sujet à une enquête minutieuse auprès des placériens qui ont pénétré jusqu'à eux et de ceux de nos collègues qui ont eu l'occasion de visiter certaines tribus. Pas plus que ceux-ci le docteur Crevaux, qui, dans ses voyages du Maroni à l'Oyapock et à l'Amazone, a traversé le territoire de celles restées inconnues jusqu'à lui, n'y a rencontré de cas de Lèpre. Nous-même avons constaté qu'elle était inconnue aux Galibis de Sinamari, de Mana et du Maroni. Toutes ces tribus n'ont même pas de mot dans leur langue pour la désigner. On pourrait donc croire que la région intérieure a échappé à l'infection si les peuplades des nègres Boschs du haut Maroni ne possédaient des lépreux. Ce fait nous a été affirmé d'abord par un missionnaire compagnon de voyage du docteur Crevaux ; plus tard, à Mana où des Boschs viennent depuis peu d'années attirés par les placériens faire avec leurs pirogues le ravitaillement des placers, nous avons reçu d'un nègre Bosch atteint de Lèpre mutilante une demande d'admission à la léproserie ; le malade nous avait été amené à cet effet par sa famille. Récemment encore, M. l'abbé Brunetti, de retour d'une

mission dans le Maroni, nous confirmait l'existence de la Lèpre parmi les tribus nègres qu'il avait visitées en exprimant l'opinion qu'elle y était moins répandue que parmi les créoles de Cayenne. Sur la côte la presque totalité des points habités est infectée ; nous trouvons des lépreux à Oyapock, Approuague, Kaw, Roura, Remire, Cayenne, Tonnégrande, Montsinéry, Macouria, Kourou, Sinamari, Iracoubo, Mana. Seul le domaine pénitentiaire du Maroni a été respecté : Saint-Maurice et Saint-Laurent sont indemnes ; de même on n'a pas vu se produire de cas de Lèpre dans les pénitenciers installés près de Cayenne et de Kourou. Aux Iles du Salut la Lèpre ne sévit pas, mais l'hôpital pénitentiaire y a recueilli des lépreux transportés libérés venus de divers points de la colonie et depuis lors notre savant collègue, M. le médecin de 1re classe Rangé, a observé un cas de contagion sur lequel nous aurons à revenir.

Ce qu'il y a de frappant dans la distribution géographique de la Lèpre à la Guyane, c'est sa localisation dans tous les points où domine l'élément nègre, quelque situation qu'ils occupent sur la carte. A cet égard la physionomie du bassin du Maroni est intéressante : occupé à son embouchure par des Européens, des Arabes et des Galibis, à ses sources par diverses peuplades autochtones et dans la partie intermédiaire par des tribus nègres, c'est seulement chez ces dernières que la Lèpre fait des victimes.

Il eût été d'une extrême importance, pour compléter notre description de la Lèpre à la Guyane, de déterminer le chiffre de l'effectif des lépreux. Mais après avoir éprouvé des difficultés nombreuses à préciser tous les foyers de la maladie, nous en avons rencontré d'insurmontables quand nous avons tenté d'opérer un recensement. La Lèpre frappe indistinctement les classes riches et les classes pauvres et, si ces dernières étalent leur mal à tous les yeux, les autres dissimulent dans la mesure du possible l'existence au sein des familles d'une maladie qui inspire toujours

de la répulsion. Ce n'est donc que par une enquête médicale, devant laquelle la loi ouvrirait les domiciles privés, qu'on pourra jamais connaître exactement le nombre des lépreux de la colonie. Cependant, si nous avons obtenu pour la plupart des centres populeux infectés des chiffres douteux et incomplets, il nous a été possible de relever exactement le nombre de lépreux de deux communes importantes, Mana et Approuague, situées aux extrémités opposées du littoral : Mana en 1885 compte 21 lépreux dont 20 hommes et une femme, tous de race noire; la commune d'Approuague en renferme 18 dont 1 chinois, 15 noirs et 2 négresses. En tout 39 malades sur une population totale de 2,464 habitants, soit 1 lépreux pour 63 individus ou 16 pour 1,000. Le hasard seul ayant fait aboutir nos recherches en ces deux points, nous croyons pouvoir admettre que la proportion est sensiblement la même dans les autres quartiers créoles, ce qui nous permet d'évaluer approximativement à 278 le nombre de lépreux répartis entre les bourgs de la côte sur une population de 17,374 habitants. A ce chiffre de 278 il faudrait ajouter pour être complet l'effectif de la léproserie, les lépreux transportés libérés internés aux îles du Salut et ceux appartenant aux tribus nègres Boschs.

On voit que nous sommes loin d'après ce calcul du dixième de la population indiqué par J. Laure, et pourtant les recherches statistiques du professeur Leloir nous autorisent à croire qu'il est bien peu de contrées frappées dans des proportions aussi effrayantes. Si l'on songe d'ailleurs à l'incurabilité de la Lèpre par nos moyens actuels, on ne peut citer une autre maladie constitutionnelle dont les ravages soient aussi étendus.

CHAPITRE III

MODES DE PROPAGATION DE LA LÈPRE A LA GUYANE — BACILLE DE LA LÈPRE

Avec les données des précédents chapitres, nous allons essayer d'établir la part que chacun des éléments pathogènes, invoqués comme causes de la Lèpre, prennent à sa propagation dans la Guyane. Est-elle héréditaire, endémique, contagieuse ? Procède-t-elle de ces causes isolées ou réunies ? La difficulté du problème est telle que toutes les opinions ont été tour à tour professées par les historiens de la Lèpre. Bajon, Campet, Bergeron et Schilling à la Guyane, Brassac aux Antilles, Danielsen et Bœck en Norvège, admettent l'hérédité sans conteste ; Hansen et Drognat-Landré la nient; le Dr Leloir déclare qu'elle est loin d'être démontrée. La contagion est également admise conjointement avec l'hérédité par la plupart des auteurs ; le Dr Drognat-Landré la considère comme l'unique mode de propagation de la maladie. Enfin, à l'exclusion de ce dernier, tous les auteurs qui ont écrit sur la Lèpre à la Guyane la déclarent endémique dans notre colonie.

Sans vouloir prétendre apporter une solution définitive à une question si controversée, nous allons exposer les arguments qui ont déterminé notre conviction personnelle. Quelques-uns sont tirés de faits particuliers, mais nos recherches en ce sens ont été en partie infructueuses ; nous n'avons généralement pas pu tirer d'indications étiologiques précises des cas observés isolément et il nous a fallu recourir à une étude comparative et d'ensemble pour fixer notre opinion. C'est aussi seulement, croyons-nous, en se

plaçant à un point de vue général, pour envisager, dans chaque foyer, à la fois les malades et les multiples conditions de milieu susceptibles de concourir à la genèse de la Lèpre, qu'on peut arriver à résoudre le problème complexe de son étiologie.

La Lèpre est considérée comme héréditaire à la Guyane par les habitants, ainsi que cela a lieu de l'avis même des détracteurs de l'hérédité, dans toutes les contrées où elle règne. La Commission royale de médecine, chargée en 1785 de faire une enquête à la Guyane, affirme la propagation héréditaire; Bajon ne la met pas pas en doute pour les noirs, mais non pour les colons de race blanche : « Ceux-ci, dit-il, ne sont sujets au Mal Rouge qu'autant » qu'ils le gagnent soit par le commerce qu'ils ont avec les nègres- » ses, soit par des attouchements plus ou moins immédiats mais » toujours nécessaires, car il ne peut point se communiquer par le » moyen de l'air seul ». Quels motifs ont donc déterminé la croyance à l'hérédité ? Etablissons tout d'abord qu'on ne peut rechercher cette cause ni chez les lépreux transportés, issus tous de pays où la Lèpre ne sévit pas, la France et l'Algérie, ni chez ceux originaires des Indes ou de Cochinchine, importés par l'immigration, desquels on n'obtient jamais que des renseignements vagues et incomplets. Restent les blancs, les métis et les noirs créoles : la difficulté d'obtenir des renseignements des familles blanches affligées de Lèpre nous a obligé à restreindre nos recherches à la population de couleur.

Parmi cette catégorie d'habitants on constate que la Lèpre, entrée dans certaines familles à une époque reculée qui échappe à notre observation, s'y est comme enracinée, les a poursuivies de génération en génération accompagnant les divers membres dans leur dispersion de manière à conserver sa place au sein de chaque nouveau foyer. Et ce sont non pas les membres de la famille atteints et, par cela même généralement condamnés au célibat, qui la propagent, mais ceux demeurés indemnes en apparence qui

voient un ou plusieurs de leurs enfants frappés du mal qu'ils ont connu à leur père, à leur mère, plus souvent à un frère, un oncle ou un aïeul. Voici par exemple une famille dans laquelle nous trouvons un ascendant lépreux en remontant à trois générations; dans la génération qui a suivi, un seul enfant est mort de la Lèpre, trois autres se sont mariés et établis dans des bourgs différents de la colonie; ils comptent actuellement 7 lépreux dans leur descendance. Un fait à retenir en faveur de l'hérédité, c'est que, dans une même commune la plupart des lépreux sont parents à des degrés divers; nous avons même pu retrouver dans un cas entre des malades issus de familles non consanguines des liens de parenté par concubinage. Ce fait n'a rien de surprenant dans un pays de mœurs relâchées où la famille procède souvent d'unions illégitimes. Sur 11 familles lépreuses nous n'avons rencontré 7 fois des manifestations héréditaires qu'en ligne collatérale aussi loin que nous avons pu remonter, c'est-à-dire jusqu'à 3 générations au plus. Danielssen et Bœck ainsi que Bidenkap ont insisté sur la fréquence de ce fait : Nous nous l'expliquons par la difficulté qu'on éprouve à obtenir des renseignements permettant de remonter jusqu'à un ascendant lépreux direct qui doit fatalement exister en tête de la série. Après celui-ci, que chaque descendant hérite de la prédisposition seulement comme le pense Virchow ou qu'il soit en puissance de Lèpre pendant toute son existence, il n'est pas moins probable que, seuls, ceux chez lesquels elle ne s'est pas manifestée, du moins de bonne heure, auront des chances de se marier et de la transmettre à la génération suivante. Mais le docteur Drognat-Landré ne veut pas qu'il soit question d'hérédité en ligne collatérale. Cependant ne voit-on pas d'autres maladies, l'aliénation mentale entre autres, dont l'origine héréditaire est souvent incontestée, se propager d'une façon identique de génération en génération? Est-il encore aussi important que le veut le même auteur, de savoir si l'ascendant est devenu lépreux avant ou après la procréation ? Voici un fait qui

se produit journellement pour une affection héréditaire aussi, la tuberculose pulmonaire : l'un des parents présentant des antécédents héréditaires n'est devenu tuberculeux qu'après la procréation des enfants ; lorsque ceux-ci meurent à leur tour de tuberculose, l'hérédité est-elle ici contestée ?

Parmi les 74 malades qui ont fait l'objet d'un tableau inséré au chapitre II, 52 appartenant à la population créole de couleur ont été le sujet de nos recherches au point de vue de la transmission héréditaire. Pour une partie nous avons dû nous en rapporter aux indications fournies par les malades, mais dans un tiers des cas nous avons pu confirmer leurs renseignements *de visu* ou auprès de personnes dignes de foi. Cette étude nous a donné les résultats suivants :

	Forme tuberculeuse			Forme anesthésique mutilante		
	Antécédents en ligne directe	Antécédents en ligne collatérale	Antécédents douteux ou nuls	Antécédents en ligne directe	Antécédents en ligne collatérale	Antécédents douteux ou nuls
Mulâtres 10	1	4	2	3		
Nègres... 42		3	2	8	17	12

Nous attachions à cette fréquence des antécédents héréditaires présentés par nos malades créoles une grande importance avant d'avoir eu connaissance des travaux du Dr Drognat-Landré sur la colonie hollandaise. Sans contester la valeur de ses objections contre les arguments tirés par Danielssen et Bœck de l'existence d'ascendants lépreux dans la plupart des familles où ils ont recueilli leurs observations, il nous semble que tout entier à sa démonstration de la contagion, M. Drognat-Landré néglige dans cette étude de la Lèpre à Surinam tous les faits qui peuvent plaider en faveur de l'hérédité. Les cas qu'il rapporte d'Européens nés

de parents étrangers ou établis dans la colonie depuis une époque peu reculée sont assurément des cas de Lèpre par contagion. Mais à Surinam comme à Cayenne, on rencontre des familles au foyer desquelles la Lèpre est installée depuis plusieurs générations, fait sur lequel il n'insiste point, se bornant à le considérer comme « une conséquence naturelle de la vie de famille, de cette » vie intime, de la cohabitation continuelle ». Or, précisément les noirs des Guyanes constituent la population où peut-être l'esprit de famille existe le moins. Sans parler des unions illégitimes et de peu de durée, si ordinaires dans les quartiers nègres, et qui sont le plus puissant obstacle à toute recherche généalogique, on voit communément les enfants s'éloigner de leur famille dès qu'il sont en âge de subvenir à leur entretien, pour n'avoir plus avec elle que des relations lointaines et nullement intimes. Nous ne saurions non plus accepter son explication de l'alternance fréquente des cas de Lèpre observés dans une série de générations, par le fait qu'à Surinam les grand'mères ont d'ordinaire la charge d'élever leurs petits enfants ; cette coutume locale ne peut justifier un fait généralement constaté dans les contrées infestées de Lèpre.

Nous avons déjà signalé l'existence de la Lèpre au sein des tribus de nègres Boschs installées sur les bords du Haut-Maroni. Ces tribus de noirs évadés de Surinam, constituées depuis 2 siècles et demi, n'ont eu, jusqu'à l'émancipation récente des esclaves, aucune relation avec les populations côtières des Guyanes. Comment donc la Lèpre s'est-elle insinuée parmi les Boschs ? Ils n'ont pu l'emprunter à leurs voisins Peaux-Rouges auxquels elle est inconnue. On pourrait supposer que quelques-uns malades lors de l'évasion l'ont primitivement apportée, qu'elle s'est ensuite propagée par contagion. Mais il faut ne pas connaître les difficultés d'une évasion à travers les forêts vierges des Guyanes, pour supposer qu'un lépreux ait jamais pu tenter cette entreprise et la mener

à bonne fin. On sait que les transportés qui prennent cette voie pour gagner un territoire étranger meurent fatalement avant d'arriver au but, s'ils n'ont la bonne fortune d'être recueillis épuisés sur quelque placer où le hasard les a conduits. Des hommes d'une énergie et d'une vigueur physique exceptionnelles ont seuls pu, traqués par leurs maîtres, surmonter les obstacles d'une évasion de ce genre. Et à comparer les nègres Boschs, généralement découplés en athlètes avec leurs congénères de la côte, il semble que les conditions dans lesquelles se sont trouvés leurs ancêtres aient véritablement opéré une sélection. L'hérédité seule, à moins d'admettre l'incubation endémique, nous paraît expliquer d'une manière satisfaisante la présence de lépreux parmi eux.

Mais si les faits tirés d'une observation générale ne sont pas toujours à l'abri d'objections sérieuses, il se rencontre des cas particuliers où la propagation héréditaire apparaît encore avec plus d'évidence. Nous avons observé celui-ci à Cayenne :

Une femme de couleur bien constituée et ne présentant pas d'antécédents de Lèpre a eu d'un premier mariage deux enfants actuellement mariés et possédant des enfants sains comme eux ; elle a cohabité après la mort du mari avec un noir dont un frère et un ascendant du côté paternel étaient lépreux ; cette union a produit deux enfants du sexe masculin devenus lépreux (forme tuberculeuse) tous les deux de bonne heure et dont l'un a succombé à l'âge de 22 ans. Enfin d'une autre union illégitime cette femme a eu une fille dont la santé, à l'âge de 14 ans, ne laissait rien à désirer. Nous avons personnellement connu cette mère et ses cinq enfants, dans aucun cas l'hérédité de la Lépre ne nous a paru plus manifeste.

Il nous reste à indiquer, en ce qui concerne l'hérédité, les particularités que la Lèpre nous a semblé présenter lorsqu'elle affecte ce mode de propagation. Parmi les malades que nos renseignements nous ont permis de considérer comme héréditairement

frappés, nous avons remarqué que la plupart étaient devenus lépreux de bonne heure, généralement entre 6 et 20 ans. Lorsque la maladie n'éclatait pas dès l'enfance, le sujet était chétif, anémié, avec cette physionomie spéciale que nous avons signalée comme signe avant-coureur de la Lèpre chez l'enfant. Tout en reconnaissant la possibilité de la contagion dans le jeune âge, nous pensons que ce n'est pas le cas ordinaire et nous dirons plus loin, en traitant de cet autre mode de propagation de la Lèpre, que l'âge mûr paraît lui être une condition favorable.

Si nous avons dû exclure de nos recherches sur l'hérédité les sujets étrangers à la colonie chez lesquels les antécédents font défaut ou peuvent paraître douteux, c'est à eux que nous devons nous adresser pour déterminer les autres modes de propagation de la Lèpre. Ces sujets sont au nombre de 22 dont nous exclurons encore 3 Chinois et 4 Coolies pour lesquels l'hérédité est possible étant donnée leur origine. Il nous reste donc 15 malades, dont 14 nés en France et 1 en Algérie, offrant à l'égard de la transmission héréditaire toutes les garanties. Deux causes seulement peuvent être invoquées pour la genèse de la Lèpre dans ces 15 cas : l'endémicité et la contagion.

La Lèpre est-elle endémique à la Guyane? Ce terme que nous rencontrons dans tous nos auteurs nous semble avoir été employé par certains d'entre eux non, comme nous l'entendons, dans le sens d'autochtone, mais plutôt dans le sens étymologique de maladie inhérente à une population (1). En ce cas nous répondrons que la véritable population guyanaise n'est pas constituée par cette agglomération d'éléments hétérogènes où le noir domine qui occupe le littoral depuis moins de 3 siècles, mais par les

(1) Le Dr Drognat-Landré entre autres ne peut entendre le mot endémique dans le sens d'autochtone alors qu'il affirme que la Lèpre procède uniquement de la contagion.

Indiens peaux-rouges actuels, derniers représentants des vaillantes races étouffées par notre civilisation. Ceux-ci, nous croyons l'avoir suffisamment démontré, sont exempts de Lèpre et, si l'on a pu citer quelques cas isolés d'Indiens lépreux dans les colonies voisines, toujours l'auteur a insisté sur la fréquentation prolongée par ces sujets des quartiers créoles infectés (Drognat-Landré, p. 47).

Une maladie endémique devrait se manifester sur tous les points où les conditions susceptibles d'engendrer l'endémie, climat, constitution physique du territoire et, du côté de la race, réceptivité, alimentation, usages, se retrouvent semblables. Or à la Guyane ce fait ne se produit aucunement : sur le littoral, à côté des quartiers où la Lèpre sévit avec le plus de rigueur, nous voyons tous les pénitenciers ainsi que les petits villages Galibis échapper au fléau. En remontant dans l'intérieur où le milieu physique et les conditions d'existence pour l'homme sont un peu modifiés, nous rencontrons, habitant les mêmes parages, menant un genre de vie identique, des tribus d'Indiens indemnes et des tribus nègres infectées. Et il ne nous est pas loisible de faire entrer en ligne de compte la question de race, puisqu'il est démontré par des faits qu'aucune n'est réfractaire à la Lèpre. Il ne peut donc pas être question d'origine autochtone de la Lèpre à la Guyane; nous avons assez longuement exposé dans notre premier chapitre les mœurs et les usages des divers éléments ethniques qui composent la population actuelle de la colonie et les particularités des milieux qu'ils occupent, pour ne pas devoir insister davantage sur ce point. Leur distribution géographique s'est opérée par le seul effet du hasard, comme pour mettre en évidence la vérité de notre assertion.

Nous arrivons en conséquence, en procédant par exclusion, à affirmer la contagion comme seule cause de la Lèpre pour cette

catégorie de 15 malades, si intéressante en ce qu'elle n'autorise pas même un soupçon de propagation héréditaire.

Deux de ces lépreux ont contracté la maladie dans des conditions telles que leurs cas, pris en particulier, réunissent en faveur de la contagion toutes les probabilités. En voici les observations :

OBSERVATION I

La sœur A., née en France de parents bien constitués, ayant elle-même joui jusqu'à l'âge de 46 ans d'une santé excellente, est venue à la Guyane en 1862. Cinq ans après son arrivée elle est entrée au service de la léproserie. Là elle a été attachée presque constamment à l'infirmerie où sont enfermés les malades les plus impotents, pour veiller à leur pansement, y coopérer au besoin et présider à la distribution des aliments. En 1878, à l'âge de 46 ans, après un séjour ininterrompu de 11 années à la léproserie, elle a éprouvé les premières atteintes de la Lèpre tuberculeuse mixte, dont elle parcourt actuellement la dernière période.

Cette femme s'est assurément trouvée dans les conditions les plus favorables à la contagion durant les 11 ans qui ont précédé le début de sa maladie. Elle l'attribue à ce qu'à diverses reprises elle a lavé du linge appartenant à des femmes lépreuses.

OBSERVATION II

Ce cas a été observé par le docteur Rangé sur un Arabe aux îles du Salut.

Il s'agit d'un transporté ayant déjà un long séjour sur ce pénitencier qui, poussé par ses habitudes invétérées de pédérastie à commettre un second crime à la veille d'être libéré, purgeait en 1885 une seconde condamnation. L'administration pénitentiaire recueille, nous l'avons dit, les transportés libérés devenus lépreux dans la colonie et les envoie aux îles du Salut. Primitivement ces malades, au nombre de deux ou trois, étaient soumis à un isolement complet dans un local affecté à leur usage ; mais de nouveaux envois en 1883 ayant triplé leur nombre, il fallut les admettre dans une salle de l'hôpital où notre sujet, Amar ben Kara, remplissait les fonctions d'infirmier interprète. Deux ans plus tard, celui-ci se présentait à

la visite du docteur Rangé avec tous les symptômes d'une Lèpre tuberculeuse. « Bien que la contagion directe n'apparaisse pas ici d'une façon » indiscutable, nous écrivait alors notre savant collègue, les conditions » dans lesquelles la Lèpre s'est manifestée sur ce sujet de mœurs suspectes, » quotidiennement mis en rapport par son service avec les malades, suffisent » à me la démontrer ».

Si l'on n'admettait pas, avec le docteur Rangé, la contagion pour ce cas, seule l'indémicité pourrait être en cause. Or depuis plus de 30 ans, des milliers de transportés ont passé leur existence aux Iles du Salut ; comment expliquer cette longue immunité d'une population nombreuse vis-à-vis d'une maladie autochtone ?

Pour les 13 Européens lépreux restants, tous transportés libérés, il est aussi d'excellentes raisons d'admettre la propagation par contagion. Ce n'est point pendant que l'accomplissement de leur peine les retenait internés dans les établissements pénitentiaires, mais après leur libération et une fois installés au milieu de la population créole contaminée, que chacun d'eux a contracté la Lèpre. En vain objecterait-on, pour incriminer encore l'endémicité, que la période d'incubation dont la longue durée a été quelquefois constatée, peut remonter à leur séjour dans les pénitenciers. Les règlements administratifs sont tels que tout transporté à l'expiration de sa peine peut, à son choix, résider en tel point de la colonie qui lui convient, ou devenir concessionnaire sur le territoire pénitentiaire du Maroni ; là s'est ainsi créée une petite colonie isolée. Or ceux qui nous occupent n'ont pas été frappés au Maroni, mais soit à Cayenne, soit dans tout autre bourg de la côte, et, dans la population transportée du Maroni, qui compte environ 2,000 libérés, nous n'avons pu relever un seul cas de Lèpre.

Il a été fait à la contagion de la Lèpre l'objection que les inoculations opérées sur l'homme et les animaux ont toujours donné des résultats négatifs ; M. Leloir a réfuté sans peine cette objection. Pour ce qui est des inoculations à l'homme, outre que leur échec

n'est pas certain dans tous les cas, nous ignorons en partie les conditions spéciales nécessaires pour constituer l'aptitude à recevoir le vaccin. Quant aux animaux, il est constant que la vaccination a été infructueuse entre les mains des expérimentateurs, nous-même avons tenté inutilement d'inoculer à plusieurs singes du genre *atèle* du sang et du virus provenant de tubercules ou d'ulcères lépreux. Mais ces insuccès ne prouvent pas la non-transmissibilité de la maladie aux animaux : la difficulté de l'élevage des quadrupèdes dans l'enceinte des léproseries a été maintes fois signalée. A l'Acarouany nous avons vu mourir un âne, vieux serviteur de l'établissement, avec tous les symptômes de la Lèpre tuberculeuse : tubercules aux lèvres, à la langue, dans les naseaux, oreilles infiltrées à leur base de nodosités et insensibles, ulcères des jambes et des boulets. Cet animal était devenu malade, nous a-t-il été rapporté, depuis que, pendant la reconstruction de son écurie, on avait dû le loger dans une infirmerie momentanément inoccupée. L'élevage des porcs n'a jamais pu réussir partout où la léproserie a été établie; ni à l'Ilet la Mère, ni à la Montagne d'Argent, ni à l'Acarouany. Enfin les chiens meurent après un ou deux ans de séjour à proximité des lépreux.

Il appartiendra à l'anatomie pathologique d'élucider cette question encore pendante de la transmission de la Lèpre aux animaux.

Notre catégorie de lépreux transportés peut servir à la recherche des causes prédisposantes, encore plus environnées de ténèbres que les causes déterminantes de la Lèpre. Dans les pays ravagés, en Norvège principalement, où la question a été étudiée par des médecins qui font autorité en la matière, on a incriminé successivement le climat, l'alimentation, le paludisme, les habitudes de malpropreté. M. le professeur Leloir a fait justice de ces causes considérées isolément comme capables d'engendrer la maladie; il admet toutefois que leur ensemble puisse être pour quelque chose dans la prédisposition à la contagion.

Ici nous sommes en présence de sujets condamnés à séjourner durant de longues années dans une contrée où l'Européen ne conserve sa vigueur qu'autant qu'il s'entoure de tout le confort matériel possible. Eux au contraire y ont été soumis à toutes les influences débilitantes, travail manuel, alimentation médiocre, habitat malsain, capables de mettre l'organisme en état de réceptivité morbide. L'aspect des habitants du Maroni est saisissant : tous ces libérés dont le séjour à la Guyane remonte à 15 ans ou davantage, portent la marque d'une anémie profonde, ils ont les chairs flasques, œdématiées, la plupart présentent de l'hypertrophie de la rate et du foie. Ils sont particulièrement sujets aux maladies ulcéreuses et parasitaires de la peau. A ce propos nous nous demandons s'il n'y aurait pas un rapprochement à établir entre l'aptitude à la contagion lépreuse et celle à la contagion tuberculeuse pour les sujets déjà atteints d'affections pulmonaires. N'avons-nous pas vu quel soin M. le professeur Picot apporte à éloigner, dans ses salles, les tuberculeux des bronchiques et à abréger le séjour de ces derniers dans un milieu où pour eux surtout, il redoute la contagion de la tuberculose ? Nous croyons devoir témoigner la même défiance à l'égard du contage lépreux pour les Européens dont le long séjour dans la colonie a profondément modifié la vitalité et les fonctions des tissus tégumentaires.

Nous allons plus loin et nous pensons que l'enfant, né de parents européens ayant vécu longtemps à la Guyane dans de mauvaises conditions hygiéniques, hérite de l'aptitude à la contagion de la Lèpre. Cette hypothèse nous explique les cas de Lèpre infantile cités par le docteur Drognat-Landré et d'autres que nous avons observés à Cayenne. Il est d'ailleurs inutile d'insister sur la dégénérescence dès longtemps démontrée de la race caucasique sous les climats équatoriaux. En ce qui concerne spécialement la Guyane, notre ami et collègue M. le Dr Orgéas, dans un travail couronné par le Ministère de la Marine, a surabondamment dé-

montré combien vaine était l'espérance de peupler notre Guyane au moyen de la transportation, idée qui avait présidé à la fondation d'une colonie pénitentiaire au Maroni.

Les recherches qui, après la découverte par Hansen du microphyte lépreux, se sont multipliées sur tous les points du globe où sévit la Lèpre, en démontrant son existence constante dans les néoplasies et divers liquides de l'organisme ont apporté à l'opinion contagioniste un argument de première valeur. C'est aussi sans doute à ces travaux qu'il faut attribuer le revirement général des esprits relativement à la transmissibilité. Le défaut de microscope et des publications se rapportant à la recherche du bacille nous a contraint de rester, pendant notre séjour à la Guyane, étranger à une étude intéressante qui eût mérité une place importante dans ce chapitre. A la Faculté de Bordeaux, M. le professeur Arnozan et notre ami M. le professeur Ferré ont bien voulu nous communiquer les travaux dont le bacille de Hansen a été l'objet de leur part.

Ce microphyte se rapproche beaucoup comme forme extérieure et comme dimensions du bacille de la tuberculose, il est mis en évidence par les mêmes procédés et s'en différencie par sa forme un peu plus lourde ; il est incomparablement plus abondant dans les tissus lépromateux que dans le néoplasme de la tuberculose. Par un procédé spécial, différant de celui d'Erlich en ce qu'au lieu de durcir le tissu lépreux par l'alcool absolu, la pièce est mise à macérer pendant 24 heures dans l'acide osmique à $\frac{1}{100}$ puis durcie par la gomme et l'alcool, le professeur Ferré a obtenu des préparations d'une remarquable netteté et d'une inaltérabilité de longue durée. Il a constaté la présence du bacille dans tous les léprômes dont il occupe surtout le réticulum lymphatique, il l'a rencontré dans les follicules pileux, et enfin, en nombre minime il est vrai, dans le sang où son existence peut surprendre. Le

sang soumis à cet examen a été recueilli dans les régions les plus éloignées du siège des léprômes ; malgré que la peau saine, ainsi que le fait remarquer M. Arnozan, en contienne quelquefois, il est de toute probabilité que les bacilles, trouvés presque constamment dans les préparations du sang, provenaient du liquide lui-même.

Les essais de culture, opérés dans des viandes salées et des morues comme milieu, n'ont donné que des insuccès. Le même résultat a été signalé par Arning à la suite de recherches analogues. L'opinion qui fait des salaisons le véhicule ou la cause première de la Lèpre aurait donc reçu la démonstration de sa fausseté.

Si les travaux bactériologiques ont levé tous les doutes quant à la contagion, il ne s'ensuit pas que la transmission héréditaire ait perdu sa place parmi les modes de propagation de la Lèpre. Loin d'enlever leur valeur aux faits d'hérédité apparente cités plus haut, sa nature bacillaire nous paraît, au contraire, étayer notre opinion en nous permettant de comparer la Lèpre sous ce rapport à la tuberculose. Celle-ci, incontestablement héréditaire et contagieuse, présente avec elle bien d'autres points de ressemblance ; les analogies de leurs bacilles spécifiques viennent encore établir comme un lien de parenté entre la tuberculose et la Lèpre.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT — CONCLUSIONS

Il n'appartient pas à notre jeune expérience de discuter le traitement d'un mal contre lequel, entre les mains des meilleurs praticiens, toute la thérapeutique a échoué jusqu'à ce jour.

Des médicaments spéciaux ont été trop prématurément prônés comme spécifiques merveilleux de la Lèpre ; les expériences ont été d'autant plus décevantes qu'on comptait sur un plein succès. D'après le professeur Leloir, l'huile de Chaulmoogras a produit des améliorations momentanées, mais pas de guérison. Le Hoang-Nam a pu donner en Cochinchine des résultats analogues entre les mains des missionnaires qui l'ont tant vanté ; employé à l'Acarouany pour la malheureuse sœur qui y a été victime de son dévouement, il n'a pas un instant entravé les progrès de la maladie. L'ichthyol a pris pied dans la thérapeutique de la Lèpre, Unna lui attribue un cas de guérison. L'hydrocotyle (var. *americana*) recueillie par nous dans les savanes d'Iracoubo nous a donné un succès relatif sur un malade dont la Lèpre s'était amendée à tel point qu'au bout de six mois de traitement, examiné sur sa demande par la commission à Cayenne, il fut déclaré guéri. Nous avons revu ce sujet peu avant notre départ de la Guyane, à une année d'intervalle, les manifestations de Lèpre avaient reparu plus violentes ; il nous a paru alors s'acheminer à grands pas vers la dernière période. Nous donnons ici cette observation.

OBSERVATION

B. J..., transporté libéré, âgé de 47 ans, originaire du Piémont a fait à la Guyane un séjour de 11 ans. Après 5 ans de peine accomplis dans les pénitenciers de Cayenne et du Maroni, il s'est établi à Cayenne pour y exercer la profession d'ouvrier maçon. Il se rappelle avoir dès 1883 éprouvé des douleurs dans les membres, des névralgies sus-orbitaires et une sensation de brûlure ou plutôt de chaleur, limitée au front et aux joues. Dans le courant de cette année il s'engage à exécuter un travail de maçonnerie sur un placer du Maroni. Deux mois après son arrivée sur le chantier il est obligé de cesser son travail et dirigé sur l'hopital de St-Laurent; là, le chef de service, qui était alors M. le Dr Rangé, refuse de l'admettre après avoir constaté sur lui des symptômes caractérisés de Lèpre.

A Cayenne on le reçoit à l'Hospice civil du camp St-Denis momentanément dirigé par M. le médecin de 1re classe Hache. Ce dernier établit aussi le diagnostic Lèpre et nous adresse ce malade au mois de décembre 1884.

A son arrivée à la léproserie il présentait l'état suivant :

Face boursouflée, léontiasique, rouge briquè, peau du front épaissie, très bronzée et profondément ridée.

Sur la partie postérieure du tronc, le long de la colonne vertébrale, taches vineuses de médiocres dimensions privées de toute sensibilité tactile ou dolorifère.

Aux membres supérieurs, quelques nodosités dans l'épaisseur de la peau des avant-bras, gonflement des mains qui sont, dit-il, le siège de fourmillements, pas d'anesthésie.

Aux membres inférieurs, taches vineuses anesthésiques, disposées suivant une ligne sinueuse qui, partie de l'anneau crural aboutit à la face externe du péroné ; leur dimension varie d'une pièce de 2 fr. à une pièce de 5 fr. Un vaste ulcère a envahi la moitié externe et inférieure de la jambe droite, plusieurs de petites dimensions siègent sur le dos du pied gauche. La région malléolaire est gonflée des deux côtés.

Le sujet est amaigri, très faible, la marche lui est fort pénible, il éprouve des accès nocturnes de céphalalgie avec fièvre.

Nous le plaçons dès son arrivée dans une case isolée et peu de jours après nous instituons le traitement suivant : pansement phéniqué des ulcères,

lotions sur les membres et le tronc avec du polysulfure de potassium, hydrocotyle à l'intérieur (8 grammes de feuilles fraîches par jour en infusion).

Dès le mois de février 1885, l'appétit est revenu, la faiblesse a presque disparu, les petits ulcères sont cicatrisés ; nous portons progressivement la dose d'hydrocotyle jusqu'à 20 grammes.

A partir de ce moment, le malade paraît faire des progrès rapides vers la guérison. L'ulcère de la jambe se cicatrise peu à peu, les taches disparaissent à la région du dos, l'embonpoint reparaît ; l'appétit du sujet est tel que nous sommes obligé de lui accorder une double ration de pain et de viande. Les taches perdent leur coloration vineuse, deviennent brunes et passent par des teintes de plus en plus claires, jusqu'à leur complète disparition, après laquelle néanmoins la sensibilité reste encore obtuse. Au mois de juin tous les symptômes ont disparu, sur les jambes seulement on reconnaît la trace des macules. Sur les instances de notre malade nous l'adressons à la commission médicale de Cayenne qui le déclare guéri et même émet des doutes sur la nature de la maladie qui l'a fait envoyer à la léproserie.

Nous avons retrouvé ce sujet à Cayenne en 1886, il s'était installé une boutique de barbier. Son aspect, de nouveau léontiasique, nous faisant supposer une rechute, nous l'avons examiné chez lui. Toutes les anciennes manifestations lépreuses, sauf les ulcères, ont reparu. En outre, il présente dans la peau de la face des épaississements en plaques légèrement saillantes, insensibles; au cou, au tronc, surtout dans les régions scapulaires, une éruption de tubercules petits et saillants avec de nombreuses taches ; les faces dorsales des mains et des pieds sont insensibles et infiltrées de nodosités, la paume et la plante sont le siège d'une desquamation furfuracée. Le travail lui est redevenu à peu près impossible. Il fait remonter à février 1886 (trois mois avant notre examen) le retour des accidents.

Ce cas rapproché de celui du docteur Lépine, mort lépreux après avoir préconisé l'Hydrocotyle Asiatica et s'être cru lui-même guéri, montre quelle défiance on doit témoigner à l'égard des succès attribués à tel ou tel spécifique.

Pour nous, nous ne pouvons accepter les cas de guérisons affirmés par divers auteurs dont la bonne foi ne nous est point suspecte. Sous l'influence d'un traitement ou par les seules forces de la nature, il se produit parfois, comme pour le cas précédent,

un arrêt passager ou définitif dans la marche de la maladie ; c'est cette rémission qui est prise pour la guérison ; le malade, malgré la cicatrisation de ses plaies, reste néanmoins sous le coup d'accidents nouveaux. Nous en avons eu de beaux exemples sous les yeux pour des formes mutilantes, dans le cours desquelles certains sujets sont restés jusqu'à 15 années avec l'apparence d'une bonne santé, apparence qui avait déterminé leur exeat de la léproserie ; dans ces cas les accidents reparaissaient avec une intensité qui semblait accrue par le long répit accordé aux malades.

En présence de tant d'insuccès et de tant de déceptions, nous croyons que le traitement curatif de la Lèpre est encore à trouver.

Ce n'est pas à dire qu'il faille rester inactif en face des ravages croissants de la Lèpre. Si la thérapeutique ne peut rien encore pour les malades, la préservation de ceux parmi lesquels ils vivent s'impose. En ce sens, la voie est tracée par l'expérience ; les mêmes mesures qui au moyen âge, ont délivré la France et la majeure partie de l'Europe du fléau, qui remises en vigueur en Norwège, grâce à l'influence de Hansen, donnent actuellement de si favorables résultats, ne peuvent échouer dans les contrées du Nouveau-Monde où la Lèpre a pénétré. L'isolement des malades, voilà le seul traitement prophylactique à lui opposer ; les auteurs modernes ne sont plus, comme au temps où l'Angleterre opérait une enquête dont les résultats étonnent aujourd'hui, en désaccord sur ce point ; les travaux qui ont révélé l'épidémie des îles Sandwich, l'extension de la Lèpre aux États-Unis et au Canada, sa recrudescence en Espagne, et enfin les savantes recherches du professeur Leloir ont mis en lumière le péril de la situation actuelle. A la Guyane française où, nous l'avons vu, la Lèpre sévit dans une proportion effrayante et où les lois sur la relégation vont actuellement décupler la population européenne, il est urgent de remédier à son extension. C'est un préjugé de notre

siècle de croire que l'isolement est une mesure barbare, appliquée à des malades que la société toujours et souvent la famille abandonnent. Les lépreux de la Guyane forment deux catégories, ceux des classes pauvres et ceux des classes riches; les premiers, à partir du jour où ils perdent l'usage de leurs membres, deviennent des mendiants vagabonds, sans autre consolation à leurs maux que l'ivresse du tafia qu'ils obtiennent de la charité des débitants, les autres sont pour ainsi dire tenus au secret par leurs familles, dans un isolement autrement rigoureux que celui de la léproserie. Si l'administration supérieure à qui il incombe de sauvegarder la santé publique, tout en pratiquant un isolement rigoureux leur assurait le bien-être auquel ont droit des malheureux privés de leur liberté, combien la situation de tous ne serait-elle pas améliorée! Nous n'ignorons pas qu'il est des familles pleines de sollicitude et d'affection pour leurs malades, qui ne pourraient se résoudre facilement à les voir entrer pour toujours dans un lazaret, mais celles-ci, malheureusement rares, continueraient sans doute, comme elles le font actuellement, à envoyer leurs malades en France dans l'espoir de quelque amélioration par le traitement joint au changement de climat. Il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

CONCLUSIONS

Nous ne nous dissimulons point toutes les lacunes de notre étude de la Lèpre à la Guyane ; le temps et aussi l'expérience nous ont fait défaut pour approfondir chacune des questions qui se rattachent à la pathologie et au problème de l'étiologie de la Lèpre. Les moyens nous ont aussi manqué pour aborder pendant notre séjour à la léproserie l'étude anatomo-pathologique de cette affection (1). D'autre part, nous sommes convaincu, étant donné le champ très restreint de nos observations, que seules des recherches opérées dans toutes les contrées voisines de notre Guyane, dont les résultats corroboreraient les nôtres, pourraient donner de la valeur à nos conclusions. Ces conclusions, les voici :

1° La Lèpre affecte à la Guyane deux formes principales : la forme tuberculeuse, et la forme anesthésique mutilante ;

2° La Lèpre n'est pas endémique dans la colonie, elle y a été importée par les noirs et s'y est perpétuée par le fait de leur présence ;

3° Elle s'y propage par hérédité et par contagion, l'hérédité intéressant surtout l'élément nègre, la contagion surtout l'élément Européen ;

4° La propagation de la Lèpre est encore favorisée par l'immi-

(1) En 1885, M. le médecin en chef voulut mettre à notre disposition, pour le service de la léproserie, un microscope inemployé à l'hôpital de Cayenne. Nous nous rappelons avec amertume que l'administrateur de l'hôpital, en refusant d'autoriser ce prêt, nous a empêché de mettre à profit les notions de micrographie que nous avions acquises dans le laboratoire de M. le professeur Gaillaud.

gration Indoue, Annamite et Africaine qui a continué, après l'émancipation, à introduire des sujets lépreux ;

5° La contagion de la Lèpre n'atteint que des sujets prédisposés. La prédisposition est créée pour l'Européen par un long séjour dans la colonie et les causes débilitantes inhérentes au milieu ;

6° L'isolement rigoureusement pratiqué est le seul moyen qui puisse arrêter actuellement les progrès de la Lèpre et, dans l'avenir, la faire disparaître de la Guyane française.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
Dr GUILLAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 28 octobre 1887.
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
ROUMESTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bajon. — Mém. pour servir à l'histoire de la Guyane (Paris, 1777).

Schilling. — *De lepra commentationes* (*Lugduni-Batavorum,* 1778).

De la Borde. — Rapports sur le Mal Rouge de Cayenne (Paris, 1785).

Campet. — Traité des maladies des pays chauds.

Bergeron. — Dissertation sur le Mal Rouge observé à Cayenne (Paris, 1823).

Danielssen et Bœck. — Traité de la Spedalskhed (Paris, 1848).

Lépine. — De l'Hydrocotyle asiatica (*Revue marit. et colon.,* 1854).

Bidenkap. — (*Archives de Virchow,* 1860).

Brassac. — Eléphantiasis (*Arch. de méd. nav.,* 1866).

Drognat-Landré. — La contagion seule cause de la Lèpre (Paris, 1869).

E. Besnier. — La Lèpre est-elle contagieuse ? (*Gazette hebdomadaire,* 1880).

H. Leloir. — Affections cutanées d'origine nerveuse (Paris, 1881).

Orgéas. — De la colonisation par la transportation (*Arch. de de méd. nav.,* 1883).

Hansen. — Communication au Congrès des Sc. médic. (*Ann. de Dermatologie,* 1885).

Unna. — Observation d'un cas de guérison de la Lèpre (*Ann. de Dermat.,* 1886).

H. Leloir. — Traité théorique et pratique de la Lèpre (Paris, 1886).

Ferré et Arnozan. — Communications à la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux (*Journal de médecine de Bordeaux,* juillet, 1887).

11,876. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., 17, rue Montméjan.